

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

175

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

André, Benjamin BRAMI

Né le 2 Août 1916, à Bizerte (Tunisie).

30 JUIN 1942

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

L'ABCES FROID DIT « MUSCULAIRE »

Recherche des origines indéterminées
par l'injection colorée

Président : M. BROCCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

André, Benjamin BRAMI

Né le 2 Août 1916, à Bizerte (Tunisie).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

L'ABCÈS FROID DIT « MUSCULAIRE »

Recherche des origines indéterminées
par l'injection colorée

Président : M. BROCCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPEP.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCC.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUET	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophthalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-					
VILLARS	Anatomie	pathologique.			
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie	Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	— Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	
HEITZ-BOYER	Pathologie	chirurgicale.	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.	
			VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Mort à la fleur de l'âge et que
je n'ai pas connu.*

A MA MERE CHERIE

*Dont la vie de sacrifice et
d'abnégation m'a été entière-
ment consacrée.*

A MON ONCLE PATERNEL

*Qui a bien voulu m'aider à
finir mes études.*

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROcq

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD

Chirurgien Chef des Hôpitaux de Berck et de Garches

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué
ses conseils et son aide.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

- 1935-36 MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT.
- 1936-37 MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI,
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.
- 1937-38 MONSIEUR LE DOCTEUR WEIL-HALLE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.
- 1938-39 MESSIEURS LES PROFESSEURS GUILLAIN, JEANNIN,
LEMIERRE.
- 1939 MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN.
- 1941 MONSIEUR LE DOCTEUR BRODIN.
- 1941-42 MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD.
- 1942 MONSIEUR LE PROFESSEUR SEZARY.

AUX MEDECINS DU 4^e REGIMENT DE ZOUAVES DE TUNIS

AU MEDECIN LIEUTENANT-COLONEL DE CHOISY

Médecin-chef de l'Hôpital de Prisonniers de Guerre Saint-Nicolas

AU MEDECIN CAPITAINE HILLEMAND

Médecin des Hôpitaux de Paris

En souvenir d'une année passée sous leurs ordres et en remerciement de ce qu'ils ont fait pour faciliter ma tâche.

AU DOCTEUR SCIALOM, de Tunis

Dont l'exemple m'a enseigné que Médecine et Charité sont inséparables.

AU GOUVERNEMENT TUNISIEN

Témoignage de reconnaissance pour les encouragements qu'il m'a prodigués.

L'ABCÈS FROID DIT "MUSCULAIRE"

INTRODUCTION

Ce n'est pas ici un travail sur les origines générales des abcès froids des parties molles, mais l'exposé d'une méthode simple « les injections colorées », plus spécialement de bleu de méthylène comme moyen d'investigation quand l'origine d'un abcès froid paraît douteuse ou est même complètement inconnue.

Cependant nous serons entraîné (comme chaque fois qu'un nouveau moyen augmente le degré de précision dans la recherche des causes) à revenir sur certaines origines affirmées d'une manière péremptoire sur la foi de résultats insuffisants ou insuffisamment interprétés.

En particulier, les abcès froids d'origine indéterminée que certains rangent sous l'étiquette « abcès froids musculaires » et que, dans sa longue pratique de vingt ans, notre Maître André RICHARD n'a, pour sa part, jamais rencontrés : ces sortes de collections, hormis les tuberculoses viscérales, étant toujours d'origine ganglionnaire ou ostéo-articulaire.

Il est cependant des cas où la mise en évidence du point osseux originel est, il faut le reconnaître, fort difficile et tardive.

C'est dans ces cas qu'il est nécessaire de recourir à des artifices pour le découvrir tant les signes fonctionnels cliniques et radiologiques sont pauvres ou inexistants. L'injection colorée dans la cavité d'un abcès tuberculeux (nous en donnerons plus loin la technique précise) peut déjà rendre des services quand le foyer osseux est connu. C'est ainsi que l'on peut (multiples observations à Berck et à Garches où s'est poursuivi ce travail depuis que les circonstances ont rapproché de Paris le grand centre des tuberculoses ostéo-articulaires) enlever facilement en un bloc l'abcès froid et le foyer osseux, cette dernière section passant franchement en tissu sain après avoir distendu la poche avec

une solution de bleu de méthylène qui permet d'en disséquer aisément les contours sans risquer de pénétrer dans sa cavité.

Dans d'autres cas, l'abcès est fistulisé et l'injection colorée ressort en grande partie par la fistule. Son utilisation est peut-être alors plus précieuse encore puisque l'aplatissement de la poche ne permet pas d'en distinguer aisément les contours et que les fongosités qui la doublent, colorées en bleu foncé, guideront une ablation qui a besoin d'être totale.

Mais c'est surtout dans les cas auxquels nous faisons allusion au début de ces lignes que l'injection colorée rendra le double service de permettre un diagnostic jusqu'alors impossible ou hésitant et soit immédiatement, soit plus tard, de procéder à l'intervention curatrice de la lésion osseuse ou articulaire.

HISTORIQUE

L'idée apparaît séduisante d'utiliser une coloration qui, véritable fil d'Ariane, va nous conduire, par d'obscurs dédales d'une lésion qui n'est que trop visible à la cause véritable et encore inconnue.

Cependant, il n'existe, à notre connaissance, pas de travaux se rapportant à cette utilisation du bleu de méthylène.

Certes, depuis longtemps, l'on a tenté et souvent avec succès de suivre le pédicule d'un abcès froid vers son point d'origine, mais est-il besoin d'insister sur les difficultés de cette manœuvre guidé seulement par des fongosités de couleur peu nette sans parler de l'ouverture fréquente de la poche et surtout des multiples diverticules dont l'un, et souvent c'est l'essentiel, peut passer inaperçu noyé au milieu d'autres plus apparents ?

D'autre part, le bleu de méthylène, en dehors de ses propriétés pharmaceutiques, surtout antiseptiques a été utilisé comme colorant surtout en histologie ou anatomie pathologique.

Une autre utilisation, assez récente celle-là, du bleu de méthylène prit naissance en 1927 quand Miguel CONTO, au Brésil, préconisa les injections intra-veineuses de bleu de méthylène dans le traitement de la lèpre. Depuis la méthode a été recommandée par MONTEL, de Saïgon. Aussi bien, MARCHOUX et CHORINE, LÉPINE et MARKIANOS ont-ils constaté que le bacille de Hansen prenait, sous l'influence de l'imprégnation par le bleu, un aspect **granuleux**.

D'autre part, le tropisme électif du bleu par les lésions lépreuses n'est pas niable : les injections colorent tout spécialement les lésions et font apparaître de petits lépromes cutanés jusque-là indiscernables. Les nodules se teignent de plus en plus à chaque injection nouvelle et quand ils s'effacent la coloration s'atténue peu à peu, signant le progrès.

Mais pour ce qui est de l'utilisation des injections de bleu de méthylène dans les poches d'abcès froids, il semble bien qu'il s'agisse là d'un travail original de notre Maître A. RICHARD dont la première intervention de ce genre date d'une dizaine d'années.

III. — RAPPEL DES GENERALITES SUR LES ABCES FROIDS DES PARTIES MOLLES

- 1°) Mal de Pott,
- 2°) Coxalgie et sacro-coxalgie,
- 3°) Les tumeurs blanches : épaule, coude, poignet, genou, pied.
- 4°) La paroi thoracique,
- 5°) Les ganglions,
- 6°) Les gommes sous-cutanées,
- 7°) Les synovites.

Rappelons rapidement les caractères cliniques des abcès froids: ce sont des collections purulentes à début essentiellement insidieux, torpide sans signes fonctionnels ni généraux particuliers à l'abcès.

Il est rare de découvrir la phase de début anatomique, tuberculome solide traduit par une masse dure, indolore, assez mobile, phase de crudité de la tuberculose.

Le plus souvent, c'est à la période d'état que l'on découvre l'abcès toujours pas des signes fonctionnels ou sensation de gêne due au volume de l'abcès; les signes généraux sont ceux de la φ en cours, des plus variables, mais souvent température vespérale. L'inspection montre parfois le gonflement limité, parfois voussure légère vue à jour frisant et c'est la palpation essentiellement qui fait le diagnostic donnant une sensation de fluctuation plus ou moins profonde de cette masse molle plus ou moins tendue.

Le diagnostic est fait sur la φ préexistante et vérifié, s'il y a lieu par la ponction, retirant un pus séro-grumeleux, mal lié, contenant du B. K. ou tout au moins d'inoculation positive.

Non traité, l'abcès froid évoluera rarement vers la guérison

spontanée par enkystement, transformation fibreuse lente avec persistance d'un noyau dur, et chez l'enfant par calcification.

Plus souvent, évolution progressive par extension du processus de proche en proche aux régions voisines surtout dans les gaines aponévrotiques musculaires. Vers la peau, ouverture spontanée, c'est la fistule φ à bords décollés violacés, irréguliers, donnant issue au pus caractéristique séreux, grumeleux, mal lié, à l'origine de toutes les complications sur lesquelles nous ne nous étendrons pas : l'abcès réchauffé par infection secondaire la dégénérescence amyloïde due à la suppuration interminable, enfin la généralisation tuberculeuse aux poumons, aux méninges ; c'est cette évolution qui commande, pour l'éviter à tout prix, la ponction à distance en tissu sain à l'opposé du point déclive.

La découverte d'un abcès froid doit toujours entraîner un examen clinique et radiologique complet car, parfois c'est la révélation d'une tuberculose méconnue ou c'est dans l'évolution d'une φ connue un nouvel élément de très grande importance pour le pronostic.

Quelle est donc l'étiologie des abcès froids φ puisque c'est là l'origine essentielle des abcès froids en général si l'on met à part les exceptionnels abcès d'allure froide dus au staphylo. doré, au pneumo. aux infections mycosiques.

Ce sont : rarement le ramollissement d'une gomme φ sous-cutanée, plus souvent d'une adénité φ mais surtout les abcès ossifluents pouvant se séparer de leur foyer osseux d'origine et évoluer pour leur propre compte et les abcès arthrifluents dûs à l'ouverture d'une suppuration articulaire et en communication plus ou moins directe avec elle. C'est là qu'est tout l'intérêt du problème de l'origine des abcès froids des parties molles car il ouvre des horizons thérapeutiques par la possibilité d'agir sur le foyer initial « d'où vient tout le mal ».

Étudions donc le siège habituel des collections froides en rapport avec leur origine.

I. — LES ABCES DU MAL DE POTT

Nous emprunterons les éléments de leur étude clinique à l'admirable ouvrage de notre vieux maître V. MENARD : étude pratique du Mal de Pott — Masson éditeur 1900. Disons tout de suite qu'il n'est pas dans notre intention et ce n'est pas d'ailleurs le

sujet de ce modeste travail, de revenir longuement sur toutes les notions connues. Au contraire, nous serons appelés souvent à les négliger en quelque sorte, les considérant comme acquises pour nous étendre sur ce qui est moins connu et partant de diagnostic plus difficile.

Insistons simplement du point de vue clinique sur le fait qu'il faut rechercher les abcès froids par palpation profonde et prolongée à toutes les périodes d'un Mal de Pott diagnostiqué et inversement en présence d'un abcès froid siégeant dans les régions habituelles aux abcès pottiques, rechercher très longuement l'ostéo-arthrites vertébrale. Cette remarque est valable aussi pour toutes les ostéo-arthrites et nous n'y reviendrons pas.

Rappelons que les abcès pottiques sont toujours en communication avec la lésion osseuse directement dans la forme sessile ou par un trajet de communication souvent long à la suite de la migration. Ce trajet persiste et pratiquement (MENARD) il *n'y a pas d'exemple d'abcès indépendant de l'altération osseuse.*

La poche de l'abcès n'est autre chose qu'un prolongement du foyer tuberculeux du rachis. C'est du reste ce qui en fait la gravité car c'est la source osseuse qui rendra la guérison de l'abcès si difficile et si souvent suivie de récédive si une thérapeutique judicieuse n'agissait pas sur cette source.

1°) *ABCES DES REGIONS LOMBAIRE ET DORSALE INFÉRIEURE.*

Une simple étude anatomique des insertions du muscle psoas (il est inutile d'y revenir) montre avec son canal ostéo-aponévrotique, canal iliaque de Velpeau l'enveloppant complètement, que ce muscle est le conducteur naturel des abcès du mal de Pott dorso-lombaire depuis la 12^e vertèbre dorsale à la 4^e lombaire, jusqu'à la racine de la cuisse.

Le développement des abcès dans la fosse iliaque constitue une première étape dans leur migration et le premier obstacle qu'il rencontre répond à l'arcade fémorale au niveau de laquelle la bandelette ilio-pectinée enserre étroitement le muscle. La collection peut s'arrêter longtemps, indéfiniment même dans cette limite au-dessus de l'arcade de Fallope. Par exception, elle trouve une issue vers l'extérieur à travers un des deux points faibles de la paroi abdominale postérieure. L'un de ces points faibles est constitué par le triangle de J.-L. PETIT, l'autre par le triangle (ou mieux quadrilatère) de Grynfeldt au-dessous.

Cette ouverture des abcès en arrière s'observe peu fréquemment. Le plus souvent la collection trouve une voie d'échappement vers la cuisse en suivant la partie inférieure du canal iliaque. Le passage sous l'arcade fémorale se fait le plus souvent par la gaine du psoas mais parfois aussi à travers l'orifice vasculaire. La collection parvenue à la racine de la cuisse dans le triangle de Scarpa s'y développe le plus souvent immédiatement au-dessous du pli de l'aîne, en dehors des vaisseaux ou en dedans ou des deux côtés à la fois. Elle tend à envahir plutôt le bord interne de la cuisse au devant ou en arrière des adducteurs. Il est peu fréquent qu'elle descende dans la gaine des vaisseaux fémoraux jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ou même plus bas jusqu'au genou, mais l'abcès peut traverser le plan des adducteurs à un niveau plus ou moins élevé et parvient en arrière de la cuisse soit au-dessous du pli fessier, soit au contraire plus haut dans la région iliaque externe en soulevant le muscle grand fessier.

Le trajet de ces abcès à longue migration peut se dilater à chaque obstacle, dans la fosse iliaque, dans le Scarpa, en arrière de la cuisse formant une poche multilobée. La poche iliaque peut ainsi se vider en quelque sorte en même temps que celle de la cuisse se dilate. Il est intéressant de remarquer qu'un trajet d'abcès peut parcourir la fosse iliaque sans former de poche volumineuse et arriver directement à la cuisse pour s'y développer soit en avant, dans le triangle de Scarpa, soit en arrière dans la fesse. En sorte que l'on trouve seulement un abcès fessier que l'on rapporte à l'affection vertébrale par une déduction rationnelle bien qu'il ne soit pas possible de suivre directement avec la main le trajet de communication étroit et imperceptible dans les parties molles mais il est plus fréquent d'ailleurs que la fluctuation se transmette de la paroi postérieure de la cuisse à la fosse iliaque.

Pour ce qui est des abcès qui sortent du bassin par la grande échancrure sciatique, il faut savoir qu'un abcès parti de la colonne lombaire et descendu dans la gaine du psoas n'entre jamais dans le petit bassin pour en sortir par cette échancrure et apparaître à la fesse. Cette marche ne saurait sans doute être considérée comme impossible, elle est même décrite, mais rien ne la démontre. Nous resterons donc à cette donnée que le trajet entrant par la grande échancrure sciatique se rattache à une altération du sacrum ou de l'articulation sacroiliaque dans tous les cas que nous avons observés.

Par ailleurs, il faut mentionner l'apparition tout à fait exceptionnelle des abcès du petit bassin dans l'espace pelvi-rectal et leur ouverture à la marge de l'anus ou à quelque distance en dehors. On doit toutefois être prévenu de la possibilité de l'origine osseuse des fistules anales qu'il faut toujours explorer au stylet.

Quand aux abcès des maux de Pott sacrés ou lombo-sacrés, ils prennent naissance sur la face antérieure du sacrum. Habituellement, ils ne restent pas dans le bassin, ils en sortent par l'échancrure sciatique, passent sous les muscles fessiers et viennent s'étaler dans la région trochantérienne. Lorsque la lésion n'intéresse que le sacrum, la radio peut ne pas la mettre en évidence et les signes cliniques être très frustes si bien que l'abcès de la région trochantérienne est souvent le premier et le seul signe révélateur de l'affection et son origine est par suite difficile à déceler.

Donc, il faut toujours se souvenir qu'un abcès de la région trochantérienne provient dans beaucoup de cas du sacrum ou de la 5^e lombaire.

2°). — *ABCES DU MAL DE POTT DORSAL.* — L'étude de ces abcès tronquée à un bout puisque les 11^e et 12^e dorsales se comportent comme les vertèbres lombaires le sera à l'autre bout pour les quatre premières dorsales que nous rangerons dans le même groupe que les dernières cervicales.

Dans la région dorsale moyenne, la migration de l'abcès manque, faute d'un canal anatomique pour le conduire. La collection ne peut que soulever la plèvre et repousser le poumon en avant, elle est emprisonnée en arrière par la paroi thoracique. L'abcès n'a aucune tendance à descendre vers la région lombaire et à envahir la gaine du psoas qui est complètement fermée par son extrémité supérieure.

L'ouverture à l'extérieur des abcès dorsaux peut se faire assez rarement à travers la paroi thoracique. Ils apparaissent au niveau de la gouttière vertébrale dans l'épaisseur de la masse musculaire, forment une collection au niveau même et sur les côtés de la gibbosité vers l'angle des côtes ou bien, comme nous l'avons observé, ils cheminent plus ou moins loin en suivant les muscles des gouttières vertébrales.

Dans de rares cas, nous avons vu un abcès décoller la plèvre pariétale sur une grande étendue ou suivre un espace inter-

costal et s'ouvrir dans un espace intercostal en avant du milieu des côtes.

On voit assez fréquemment un abcès de M. P. dorsal s'ouvrir à la région lombaire, au-dessous de la 12^e côte.

Le trajet de l'abcès est sous-pleural dans une partie de son étendue. Il parvient à la région lombaire après avoir traversé le diaphragme le plus souvent par l'arcade du carré des lombes. Il apparaît à l'extérieur en dehors de la masse du carré des lombes et sort par le triangle de Grynfeldt. Il s'ouvre plus ou moins bas, l'orifice cutané pouvant ne pas répondre à l'orifice musculaire. Ce siège d'ouverture est peut-être le plus fréquent.

Les abcès symptomatiques du Mal de Pott dorsal supérieur formant une classe à part distincte de ceux que nous venons d'étudier.

Ils ont une grande tendance à se montrer à la base du cou, dans le creux sus-claviculaire et par exception ils parviennent dans l'aisselle en suivant le paquet vasculaire.

BOUVIER a appelé « récurrents » ces abcès dorsaux supérieurs qui suivent un trajet ascendant malgré l'influence de la pesanteurs. En réalité, ils remontent enveloppés dans la gaine aponévrotique des muscles longs du cou et cela grâce à l'existence à la région cervico-dorsale de chaque côté du rachis d'un canal ostéo-périostique dont la disposition générale, toutes proportions gardées, rappelle assez exactement celle du psoas à la région dorso-lombaire : cette gaine musculaire joue donc aussi le rôle de « conducteur » d'abcès.

En réalité ils descendent très souvent dans le médiastin postérieur.

3°). — *ABCES DU MAL DE POTT CERVICAL.* — Le Mal de Pott cervical se complique d'abcès aussi souvent que le mal de Pott lombaire ou dorsal et si l'on a moins l'occasion d'observer les abcès ostéopathiques du cou, cela tient à la moindre fréquence de la tuberculose vertébrale de cette région.

En raison de la situation superficielle des corps vertébraux du cou, les abcès qui en proviennent ne tardent pas à se montrer dans le cou, sous le sterno-mastoïdien ou derrière son bord postérieur ou plus bas, dans le creux sus-claviculaire. On cite des exemples d'abcès rétro-pharyngiens ou rétro-œsophagiens, l'ouverture a pu même se faire dans un de ces organes.

4°) Abordons maintenant la question des abcès que les Anglais désignent sous le nom de « *RESIDUOUS ABCESESSES* » abcès qui se forment des mois et même des années après un mal de Pott considéré comme guéri et ayant marché.

Nous ne pensons pas qu'il convienne de donner à cette production tardive de l'abcès le nom de récédive, car il n'y a pas nécessairement une poussée nouvelle de la lésion osseuse, mais au milieu de la masse cicatricielle peuvent se conserver des débris tuberculeux : caséum, séquestre ou pus restant longtemps latents, comme inertes. En réalité, le résidu φ même ancien est virulent et le reste, bien qu'à un degré faible. Sa virulence est exaltée à la suite d'une circonstance déterminée ou non, ce qui donne lieu à la production de l'abcès.

La source de ces abcès tardifs n'est plus une large altération osseuse comme dans les lésions actives. Une étroite surface osseuse mal réparé ou même une simple poche fibreuse dont le contenu n'a pu se résorber peut être le point de départ.

5°) Parallèlement au mal de Pott nous devons étudier les ostéites vertébrales simples, c'est-à-dire sans qu'il y ait arthrite. Le fait n'est pas douteux que l'existence de ces « apophysites » épineuses ou transverse donnent naissance à des abcès plus ou moins volumineux émigrant souvent à distance de leur point d'origine.

On désigne sous le nom de *MAL DE POTT POSTERIEUR* la tuberculose des arcs postérieurs, lames, apophyses épineuses, ainsi que celle des apophyses transverses et articulaires.

Nous en donnerons des observations qui montreront la difficulté du diagnostic dans ces cas.

Moins connues sont les ostéites du corps vertébral lui-même, rares sans atteinte des surfaces articulaires et qu'un traitement approprié peut empêcher de devenir un mal de Pott véritable.

REMARQUE. — Dans cette histoire anatomo-clinique des abcès du Mal de Pott nous avons omis à dessein l'étude des prolongements intra-rachidiens et celle des abcès médiastinaux. Cette question serait mieux à sa place dans une discussion des causes de paralysie pottique, ce qui n'est pas notre sujet.

II. — ABCES DE LA COXALGIE

Comme pour les abcès du Mal de Pott, les éléments de cette étude sont empruntés au livre resté si actuel de Ménard (étude sur la coxalgie : Masson éditeur 1907).

Posons d'abord ce principe général que la collection intra-coxale de pus et de fongosités est l'origine de toutes les collections extra-articulaires que l'on désigne dans la pratique sous le nom d'abcès symptomatiques de la coxalgie ou plus simplement abcès de la coxalgie.

Autrement dit, les abcès de la coxalgie sont tous en communication avec la cavité de la hanche, soit directement : abcès sésiles juxtaposés, à la hanche; soit indirectement par l'intermédiaire d'un canal de communication plus ou moins long.

Rarement la communication s'interrompt comme conséquence secondaire de la marche de la coxalgie vers la guérison. Quand aux abcès ganglionnaires du pli de l'aîne au cours de la coxalgie dont le développement est exceptionnel, (à peine quelques cas sur des milliers de coxalgie) la confusion de tels abcès avec les abcès coxalgiques ne peut être faite que par un observateur inexpérimenté.

Une étude logique des abcès de la coxalgie devrait consister à examiner leur point de départ sur les différents points du pourtour de l'articulation et à les suivre dans le trajet qu'ils parcourent dans les parties molles depuis cette origine articulaire jusqu'à leur ouverture extérieure. Le plus grand nombre des abcès ont pour origine une perforation de la capsule, quelques-uns proviennent directement de la face pelvienne du cotyle perforé et MENARD en distingue 4 grandes classes.

1°) Abcès nés sur la face antérieure de la capsule en dehors du tendon du psoas iliaque.

2°) Abcès de la région fessière nés d'une perforation de la capsule au-dessus et en arrière du cöl.

3°) Abcès de la région interne nés à la partie interne et inférieure de la cavité articulaire dont la communication avec la hanche a lieu à travers la capsule qui ferme en bas et en avant la partie deshabillée du cotyle.

4°) Abcès intra-pelviens ou d'origine rétro-cotyloïdienne par perforation du cotyle.

Cependant le but de notre étude étant de remonter de l'abcès froid vers son origine, nous l'étudierons plutôt en partant du siège habituel.

Éliminons rapidement la question des abcès d'origine coxale ouverts dans les organes du petit bassin : l'ouverture dans le péritoine n'est pas authentiquement démontrée, quant à l'ouverture dans le rectum, la vessie, le vagin, l'urèthre, ce ne sont que des cas exceptionnels que l'on risque fort de ne jamais rencontrer même dans une carrière spécialisée. Ceci dit, les abcès de la coxalgie se montrent sur 3 régions autour de la hanche qui sont par ordre de fréquence :

1°) La partie antéro-externe de la racine de la cuisse : abcès antéro-externes.

2°) La partie antéro-interne de la racine de la cuisse : abcès antéro-internes ou de la région des adducteurs.

3°) La région fessière : abcès fessiers.

1°) *ABCES ANTERO-EXTERNES.* — Il peut occuper la partie externe du triangle de Scarpa. Il est souvent situé plus en dehors et forme une tumeur placée directement au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Tantôt, il est sous-jacent à l'arcade fémorale, tantôt il apparaît plus bas à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne. En augmentant de volume il descend vers la partie moyenne de la cuisse, s'étale sous le fascia lata épais de la face externe du membre. Il affecte un grand nombre de variétés de forme : petite tumeur s'étalant plus tard qui parfois descend jusqu'au milieu de la cuisse et même plus bas. Il reste longtemps sous-aponévrotique, ce n'est que tardivement qu'il émerge sous la peau en amincissant le pannicule adipeux et en préparant l'ouverture extérieure.

A l'abcès antéro-externe se rattache la collection de la fosse iliaque externe. Le plus souvent une seule poche s'étend à la fois en haut vers le bassin, en bas vers la cuisse l'étranglement sous l'arcade fémorale lui imprime une division en bissac que l'on met en évidence par la recherche de la fluctuation.

Il se peut toutefois que la collection iliaque se développe sans prolongement fémoral. Ces cas sont moins fréquents. Ces abcès de la fosse iliaque ont pour origine une perforation de la capsule en dehors ou sous la face profonde du psoas et le diverticule extra-articulaire se développe vers le bassin au lieu de descendre vers le bas.

Les collections antéro-externes d'une façon générale communiquent avec leur origine coxale par une perforation capsulaire qui siège le plus souvent en dehors du tendon du psoas, quelquefois au-dessus ou en arrière du col du fémur sous les fessiers; par exception à la face interne du col en dedans du tendon du psoas, c'est dire que le trajet de communication peut-être court et direct : perforation antéro-externe ou plus long et contourné pour se rendre profondément sur le bord supérieur ou la face postérieure du col fémoral ou enfin profond et difficile à suivre lorsqu'il traverse le plan du pectiné ou des adducteurs pour arriver au bord interne du cotyle.

2°). — *ABCES ANTERO-INTERNES*. — Il devient apparent au niveau même du pli de l'aîne, dans sa partie interne ou plus bas dans la région des muscles adducteurs où il se présente en général avec des dimensions plus larges on constate facilement un prolongement profond qui monte de la tumeur superficielle vers le pli de l'aîne.

Tous ces abcès antéro-internes proviennent d'une perforation capsulaire prépubienne répondant à la partie déshabitée du cotyle. Rappelons qu'ils peuvent former deux bosselures juxtaposées séparées par un étranglement et qu'alors qu'ils offrent même une forme ovoïde leur cavité se trouve d'habitude subdivisée par une série de cloisons incomplètes.

Ce sont surtout les abcès antéro-internes qui remplissent toute la base du triangle de Scarpa en passant sous le faisceau vasculaire on sent les battements de l'artère fémorale appliquée au-devant de la collection mais un certain nombre d'abcès de ce genre, profonds et sous-jacents aux vaisseaux, se rattachent au contraire aux abcès antéro-externes et en pressant sur leur partie externe on met en évidence la partie de leur poche qui s'étend vers la face externe de la cuisse.

3°). — *ABCES FESSIERS*. — A rechercher sous la masse épaisse des fessiers ces collections sont le plus souvent voisines du grand trochanter et situées généralement au-dessus de lui beaucoup moins souvent en arrière et peu fréquemment à la partie moyenne ou supérieure de la fesse. Les grosses collections soulèvent la plus grande partie ou la totalité du plan musculaire des fessiers.

Ils restent sur place en amincissant les parties molles (cas

habituels) ou bien ils émigrent en avant et sortent au-dessous du bord antérieur du petit fessier, puis se montrent à la partie antéro-externe de la cuisse.

Deux collections peuvent coexister et on constate cliniquement la communication intermédiaire. En présence de ces deux abcès : fessier et antéro-externe, communiquant entre eux on peut poser cette règle : l'abcès fessier est primitif, l'antéro-externe consécutif. Autrement dit un abcès fessier émigre assez souvent en avant sous les muscles moyen et petit fessier et se développe ensuite sous le fascia lata. La marche inverse de la face antérieure de la cuisse vers la fesse ne s'observe jamais.

Le développement des abcès fessiers en arrière et en bas et leur émergence au-dessous du grand fessier, sur la face postérieure de la cuisse sont moins souvent observés.

On rencontre un plus grand nombre d'abcès fessiers dont la saillie principale soulève la peau en haut et en arrière près de l'épine iliaque postéro-inférieure.

Il va de soi que toutes ces collections naissent à la suite d'une perforation capsulaire au-dessus ou en arrière du col fémoral, mais l'exception se présente dans le fait que les perforations cotyloïdiennes et les collections intra-pelviennes consécutives évoluent parfois vers l'échancrure sciatique; il en résulte plus tard une collection sous-jacente au grand fessier.

Remarquons qu'en aucun cas un abcès développé d'abord dans la région de la fesse ne pénètre secondairement dans le bassin par la même échancrure sciatique : celle-ci est donc parfois une porte de sortie elle n'est jamais une porte d'entrée.

III. — ABCES DE LA SACRO-COXALGIE

Rappelons l'anatomie pathologique de la sacro-coxalgie.

Le début osseux est la règle, ce qui faisait dire à OLLIER que les « sacro-coxalgies sont le plus souvent consécutives à des iléites postérieures ou à des sacrîtes latérales ».

Et P. DELBET démontre la plus grande fréquence de la localisation primitive sur le sacrum. La date tardive de soudure des épiphyses marginales sacrées (20 à 23 ans) favorise par l'activité otéogénique de la région, l'atteinte tuberculeuse.

Quant au début synovial si tant est qu'il existe, il est certai-

nement exceptionnel. Les lésions anatomiques de la sacro-coxalgie sont analogues à celles décrites dans les ostéo-arthrites tuberculeuses en général : destruction des cartilages articulaires, fongosités intra-articulaires, cavernes osseuses creusées dans le sacrum, séquestre en coin à base articulaire.

Un aspect particulier mérite d'être souligné : les lésions tendent à se limiter réalisant des formes partielles et ostéophytiques (DELBET) supérieures ou inférieures. Quoiqu'il en soit, l'abcédation est l'aboutissant fatal du processus en constituant parfois le symptôme révélateur.

Suivant leur topographie, il est classique de distinguer :

1°) Les abcès intra-pelviens ou antérieurs : les plus fréquents pour VAN HOCK 2/3 des cas, tandis que INGELRANS les considère au contraire comme les plus rares. Hauts, ils peuvent remonter dans la région lombaire ou bien suivant la gaine du psoas ils achèvent leur migration au triangle de Scarpa. M. OMBREDANNE se demande si, en pareil cas il n'existe pas aussi des lésions des vertèbres lombaires inférieures. Bas, ils fusent dans la concavité sacrée pouvant traverser le diaphragme pelvien pour gagner la fosse ischio-anale ou aboutir ce qui est très fréquent à la fesse par l'échancrure sciatique.

2°) Les abcès extra-pelviens ou postérieurs sont considérés par INGELRANS comme de beaucoup les plus fréquents. Ils se développent à la face profonde d'une couverture musculaire épaisse qu'ils devront traverser avant de devenir sous-cutanés. Ainsi se trouvent-ils réaliser des abcès froids en bissac ou en bouton de chemise.

Hauts, ils gagnent la région lombaire.

Bas, ils sont fessiers, devenant superficiels parfois à distance de leur foyer originel au niveau du pli fessier. La distinction entre abcès antérieurs et postérieurs a ceci d'artificiel qu'un abcès intra-pelvien à l'origine peut sortir du bassin et que la coexistence des 2 modalités de suppuration n'est pas rare.

Insistons sur le fait qu'un abcès froid peut constituer le symptôme le premier en date d'une sacro-coxalgie.

Il s'agira longtemps d'une tuméfaction ferme à grand axe vertical entraînant fréquemment une hyperthermie locale, de diagnostic difficile tant que la suppuration ne sera pas devenue superficielle après avoir traversé l'épais revêtement musculaire.

Ailleurs, l'abcès constituera une découverte d'examen surtout

par le toucher rectal révélant un empâtement plus ou moins net.

Enfin, rappelons que dans la sacro-coxalgie de l'enfant infiniment plus rare que chez l'adulte et d'un diagnostic plus délicat, la symptomatologie fonctionnelle est réduite au minimum. C'est l'abcès froid qui attire l'attention et encore bien souvent seulement lors de la fistulisation. Ceci cadre bien d'ailleurs avec le fait qu'il s'agit initialement d'une ostéite iliaque siégeant loin de l'articulation et ne l'envahissant que tardivement.

RICHARD insiste sur le fait que même postérieurs les abcès de la S. Cox son toujours d'abord intrapelviens sortants de la grande échancrure sciatique à travers l'arcade de Bouisson d'où l'importance du toucher rectal systématique pour les déceler précocement.

IV. — LES OSTEITES PELVIENNES

La discussion sur l'origine des abcès froids de la sacro-coxalgie nous a fait entrevoir le problème par la propagation de lésions primitivement iléales ou sacrées à l'articulation mais ces ostéites peuvent rester isolées donnant toutefois des abcès symptomatiques.

1°) *TUBERCULOSE DU PUBIS* : c'est en général l'abcès qui attire l'attention. Or cet abcès peut s'étendre à longue distance venant s'ouvrir tantôt au périnée, tantôt à la racine de la cuisse, tantôt à la région fessière, tantôt à la paroi abdominale.

Peu de signes cliniques par ailleurs et c'est la radio. le plus souvent d'une grande netteté qui presque seule, permet d'affirmer le diagnostic.

2°) *OSTEITE TUBERCULEUSE DE L'ISCHION*. — Ici encore c'est un abcès ou une fistule qui attirent l'attention et c'est la radio. qui fait le diagnostic.

3°) *TUBERCULOSE DE L'AILE ILIAQUE* : anatomiquement, elle ne présente rien de particulier, un séquestre se forme sans caverne à proprement parler et un abcès froid se développe. Le plus souvent, les abcès siègent dans la fosse iliaque externe, mais ils peuvent siéger aussi dans la fosse iliaque interne.

Leur évolution est en général fort insidieuse et il n'est pas toujours aisé d'en reconnaître l'origine.

Ce n'est guère que la radio. soit seule, soit après injection de

lipiodol dans la poche de l'abcès ou les trajets fistuleux qui le permettra.

4°) Nous reviendrons dans notre chapitre groupant les abcès froids dûs aux ostéites φ sur les localisations juxta-articulaires qui prendront une place plus logique après l'étude des autres φ ostéo-articulaires.

SIEGE DES ABCES DES OSTEO-ARTHRITES TUBERCULEUSES DES MEMBRES SUPERIEURS

1°) *SCAPULALGIE*. — On sait que la suppuration est loin d'être la règle et c'est là un caractère assez particulier des scapulalgies : le fait est surtout connu chez l'adulte et il est classique de décrire chez lui une forme sèche mais il est beaucoup plus exact chez l'enfant.

Sur 36 cas (SORREL) 19 ont évolué sans abcès, 9 des abcès fermés et 8 des fistules et les proportions sont inverses chez l'adulte. Quoi qu'il en soit, l'évolution de l'arthrite φ de l'épaule se fait, en somme, comme celle de toutes les autres arthrites : fongosités, abcès, fistules en sont les étapes habituelles.

L'articulation est superficielle, facile à explorer et les abcès se décèlent aisément. Le plus souvent, ils siègent en avant et en dedans et descendent le long de la coulisse bicipitale. Ils peuvent siéger aussi sous le deltoïde ou dans l'aisselle et beaucoup plus rarement en arrière et en haut dans la fosse sus-épineuse.

2°) *TUMEUR BLANCHE DU COUDE*. — L'évolution anatomique est celle de toutes les arthrites φ . La règle est qu'il existe des abcès et les fistules sont très fréquentes comme toutes les fois qu'il s'agit d'une articulation superficielle.

Les abcès sont antérieurs ou postérieurs et il importe de répéter que le plus souvent, le début est osseux, le plus souvent cubital (76 lésions primitives pour 31 humérales et 12 radiales), d'où l'importance de déceler rapidement l'origine des abcès précoces afin d'éviter si possible l'envahissement articulaire. Les abcès d'origine radiale sont à l'avant-bras en avant avec parfois lésion osseuse minime, difficile à mettre en évidence.

3°) *TUMEUR BLANCHE DU POIGNET*. — Rappelons pour les opposer la différence entre les évolutions de l'adulte et de

l'enfant : souvent localisée chez les enfants, extension de proche en proche chez l'adulte chez qui tous les osselets sont ossifiés donc sans barrière cartilagineuse.

Habituellement, les abcès se produisent, ils fistulisent et la suppuration est interminable. Ils siègent à la face dorsale ou à la face palmaire. Leur origine ne pose aucun problème étiologique car on les rapporte toujours, grâce à la radio, aux lésions ostéo-articulaires mais la présence de fistules nécessite du point de vue thérapeutique la « mise en état » locale, pansements réguliers, exposition au soleil ou aux U. V. pour n'intervenir qu'après.

SIEGE DES ABCES DES OSTEO-ARTHRITES TUBERCULEUSES DES MEMBRES INFERIEURS (*en dehors de la coxalgie*)

1°) *TUMEUR BLANCHE DU GENOU.* — Les abcès ne sont pas constants, mais en cas d'évolution sévère, il se produit de grosses destructions osseuses avec fongosités et abcès mais les destructions osseuses sont loin d'être aussi étendues que dans le Mal de Pott ou la coxalgie et les abcès sont peu volumineux en général.

On les recherchera : en avant, au niveau des culs-de-sac ou de la bourse séreuse sous-quadricipitale,
en bas, au niveau de l'insertion de la patte d'oie,
en arrière, dans le creux poplité.

2°) *OSTEO-ARTHRITES DU PIED.*

I. — OSTEO-ARTHRITES DU PIED A PROPREMENT PARLER : (astragalo-scaphoïdienne, calcanéocuboïdienne : médio-tarsienne, et tarso-métatarsienne).

Les abcès se forment rapidement et des fistules se produisent.

Rappelons du point de vue clinique que la tuméfaction de la plante du pied est souvent diffuse et d'un aspect semblable quelle que soit la localisation de la lésion. La tuméfaction du dos du pied au contraire est en général, au début, bien localisée à la région malade et c'est cette localisation qui permet de soupçonner à première vue le siège de la lésion.

2. — ARTHRITES SOUS-ASTRAGALIENNES. — Le plus souvent secondaires à une ostéïte de la face supérieure du calcanéum; les abcès sont fréquents de même que les fistules. Il existe par ail-

leurs, cliniquement, une tuméfaction importante des régions rétro-malléolaires externe et interne qui traduit la présence de fongosités.

3. — ARTHRITES TIBIO-TARSIENNES. — Chez l'enfant surtout, mais aussi chez l'adulte, le mode de début des lésions se fait par une ostéite de l'astragale, mais normalement la ϕ de l'astragale ne reste pas centrale.

L'articulation est envahie rapidement et tandis que l'astragale en grande partie déjà séquestrée continue à se déformer et à se détruire l'articulation tibio-tarsienne se remplit de pus, la capsule et les ligaments articulaires se déchirent et des abcès viennent faire saillie en avant et en arrière de chacune des malléoles donnant cliniquement l'aspect des « quatre bosses malléolaires » suivant l'expression si juste de M. MENARD.

ABCES FROIDS DES OSTEITES TUBERCULEUSES SANS ARTHRITE

Nous ne reviendrons pas sur ces notions bien connues.

Rappelons simplement que la ϕ des os longs se présente sous deux types principaux :

1°) Ostéites à forme de spina-ventosa.

2°) Ostéites à forme de cavernes avec séquestre central.

1°) *Abcès des spinas ventosas des petits os longs.* — Après la première phase de réaction périostique il est exceptionnel que la lésion tourne court et habituellement la lésion évolue : la diaphyse primitive, devenue séquestre se sépare peu à peu de l'os périostique de nouvelle formation. En même temps, les parties molles s'infiltrant et un abcès se collecte et il faut se hâter d'intervenir pour empêcher la destruction de l'os nouveau, par la supuration que le séquestre entretient : phase de fistulisation.

2°) *Abcès des spinas ventosas des grands os longs.* — Des signes cliniques il n'y a que peu de chose à dire : augmentation du volume de l'os tout d'abord sans altération des parties molles, puis infiltration des parties molles et constitution d'abcès. Enfin, fistulisation de ces abcès si l'on n'intervient pas à temps et élimination lente : des mois, des années si on abandonne la lésion à elle-même. Telles sont les 3 phases exactement semblables à celles des spinas ventosas des petits os mais d'une durée sensiblement plus longue.

3°) *Abcès des ostéïtes à forme de cavernes avec séquestre central.* — L'histoire de ces φ à forme de cavernes se confond à peu près entièrement avec celle des φ juxta-articulaires. C'est en effet exclusivement dans la région diaphyso-épiphysaire qu'on les rencontre. C'est le fait qu'elles sont situées près d'une articulation qui domine toute leur histoire à tel point qu'on peut placer à côté d'elles des φ juxta-articulaires sans être des φ des os longs, celles du rebord cotyloïdien par exemple qui, par leur histoire anatomo-clinique et la menace qu'elles font peser sur l'articulation de la hanche se rapprochent beaucoup plus des φ de la partie supérieure du fémur que des φ des autres parties de l'os iliaque.

Quoi qu'il en soit du siège de l'articulation : hanche, genou, coude le plus souvent, la caverne φ lorsqu'elle est parvenue à sa période d'état a un aspect caractéristique.

Développée en plein tissu osseux, elle a refoulé progressivement la couche superficielle de l'os qu'elle semble vouloir faire éclater, mais pas de réaction périostique comme dans les spinas ventosas. La caverne garde une paroi extérieure mince et qui s'amincit de plus en plus à mesure que la cavité augmente de volume. Elle est remplie par du pus et des fongosités et au centre se trouve un séquestre de volume variable. Même si on ponctionne avec soin, les abcès fistulisent habituellement.

Insistons sur l'intérêt particulier du traitement des ostéïtes juxta articulaires puisque l'avenir de l'articulation même est en jeu et qu'une intervention faite en temps opportun pourra en empêcher l'envahissement.

Les ostéïtes φ des os courts donnent des abcès symptomatiques que l'on peut aisément rapporter à leur origine osseuse. Nous n'y revenons pas, mais nous terminons l'étude des ostéïtes φ par l'étude du *TROCHANTER*, os qui, du point de vue anatomique et thérapeutique ne présente rien de particulier mais qui pose un problème de diagnostic intéressant. On a souvent tendance à dire φ du trochanter toutes les fois qu'on constate un abcès froid de la région trochantérienne dont une autre origine n'est pas évidente. Or les φ primitives du trochanter sont en réalité très rares. (Thèse de Rostin, Paris 1931). Toutes les fois que la radio. ne montre pas au-dessous d'une collection de la région trochantérienne une lésion osseuse nette, il faut se garder d'affirmer toujours que c'est le trochanter qui en est l'origine; le plus souvent, ces abcès froids viennent du sacrum ou de la 5^e lombaire

bien que les signes cliniques et radiographiques en soient difficiles à interpréter.

Très exceptionnellement, il s'agit d'une synovite des bourses séreuses de la région.

Enfin même dans le cas où il existe une lésion clinique ou radiologique du trochanter, il ne faut pas oublier que cette lésion peut n'être que secondaire à l'abcès froid venu d'ailleurs, érodant, ulcérant et contaminant l'os fémoral.

ABCES FROIDS DES PAROIS THORACIQUES

L'étude de ces abcès va nous permettre en quelque sorte une transition entre les abcès froids osseux ou ostéo-articulaires et les abcès froids ganglionnaires.

3 sièges d'élection : bords du sternum ; ligne axillaire moyenne, région dorsale vers l'angle des côtes. Cette topographie est expliquée par les points d'émergence des vaisseaux et nerfs de l'espace ganglionnaire (SOULIGOUX) par l'origine ganglionnaire (FREDET).

L'origine des lésions est infiniment intéressante à considérer et nous retiendra davantage : 3 origines surtout sont à retenir et à discuter : le squelette, la plèvre, les ganglions.

L'ostéite costale primitive constituerait pour les classiques l'origine la plus fréquente, parfois début sternal, exceptionnellement lésion primitive des cartilages mais la localisation essentielle serait costale surtout les côtes moyennes à la partie antérieure. L'abcès peut se développer soit vers la superficie, soit vers la profondeur lorsque la lésion initiale siège sur la face endothoracique de la côte. Alors se forme d'abord une cavité sous-costale comprise entre la plèvre pariétale plus ou moins épaissie et la paroi endo-musculaire. Puis, le pus se fait jour vers la superficie rarement à travers la côte perforée, le plus souvent dans l'espace (orifice des perforants) une cavité superficielle sus-costale se constitue alors secondairement. Nous verrons plus loin que contrairement aux données précédentes, FREDET, et nous sommes de son avis, admet au contraire que l'abcès est toujours en bissac, avec une poche superficielle sous-cutanée, une poche profonde rétro-costale extra-pleurale un pertuis de communication dans l'espace intercostal.

En effet, la φ costale ou cartilagineuse est relativement rare, plus souvent elle est secondaire à une atteinte ganglionnaire.

L'origine pleurale de nombreux abcès froids thoraciques a été soutenue. C'est le tuberculome pleural de LEPLAT qui base sa théorie sur la fréquence de pleurésie dans les antécédents et parfois à l'intervention lésion pleurale.

Il s'agirait d'une péripleurite suppurée donnant lieu d'abord à une collection profonde dont la plèvre très épaissie et adhérente forme la paroi interne. Puis comme les abcès profonds d'origine osseuse, elle se fait jour à travers un espace pour réaliser un abcès en bissac.

L'intégrité quasi-constante de la plèvre est un fait, que d'ailleurs la plupart des auteurs contemporains défendent, le fascia endothoracique est intact et l'intégrité de la plèvre explique le danger de pneumothorax opératoire. Mais il n'en est pas moins vrai que l'abcès peut entraîner des lésions secondaires de la plèvre. Ceci n'exclut pas d'ailleurs la théorie pathogénique suivant laquelle la pleurésie est l'accident primitif, l'adénopathie secondaire à l'atteinte pleurale, mais il est à noter que les abcès froids d'origine pleurale ne communiquent pas avec la cavité pleurale.

L'origine ganglionnaire: SOULIGOUX et avec lui FREDT soustiennent que nombre d'abcès froids dits osseux sont primitivement soit des lymphangites, soit des adénites tuberculeuses. Notion que nos observations confirment. En effet lorsque les os sont atteints ce qui est rare au moins au début, la lésion osseuse est secondaire, accessoire, l'adénopathie causale est trouvée dans 3/4 des cas et le siège de la suppuration est effectivement toujours au niveau des groupes ganglionnaires.

Cette notion est importante du point de vue thérapeutique; il faut sacrifier autant d'os qu'il sera nécessaire pour traiter le « mal » qui est au-dessous.

Quoi qu'il en soit du point de vue clinique la distinction classique en abcès uniquement superficiels sus-costaux et :

— abcès profonds sous-costaux qui pratiquement ne sont vus qu'après apparition de la poche superficielle, c'est-à-dire lorsque l'abcès en bouton de chemise est constitué, conserve sa valeur : même si effectivement il y a toujours abcès en bissac, le pertuis de communication peut être assez ténu pour ne pas en donner la symptomatologie.

Pour finir, il ne faut pas oublier, surtout si l'abcès est postérieur, l'origine pottique possible, examiner le rachis et radio.

Remarque générale sur les localisations de l'infection φ .

L'infection φ peut se localiser primitivement sur les ganglions : origine connue des abcès froids ganglionnaires. Mais les ganglions peuvent n'être que des « relais » de l'infection qui a cheminé par les lymphatiques pour s'y reposer si l'on peut ainsi s'exprimer, puisque ce « repos » donne lieu à un abcès froid évoluant ou non vers le ramollissement. La pleurésie si commune dans les antécédents de tous les abcès froids φ peut être considérée comme l'accident primaire, l'abcès froid serait l'accident secondaire, mais il pourrait aussi ne constituer que l'accident tertiaire si la pleurésie primo-infection contamine l'os donnant en deuxième lieu l'abcès froid.

Remarquons d'ailleurs que l'infection osseuse peut être primitive ou même simultanée, mais, et c'est probablement une question de vitesse d'évolution, pratiquement, c'est l'accident pleural qui apparaît le premier. Les cas du contraire sont exceptionnels.

LES ABCES FROIDS GANGLIONNAIRES

On les rapporte aisément à leur cause par leur siège caractéristique. Ce peut être un abcès symptomatique d'une affection φ par exemple, une ostéo-arthrite ou idiopathique résumant toute l'infection.

Rappelons rapidement les 2 grandes formes cliniques : la plus fréquente est la forme multi-ganglionnaire avec péri-adénite. Dans un carrefour lymphatique : chaîne jugulaire, aisselle, apparaissent de nombreux ganglions gros, indolents d'abord durs, bien limités, mobiles, puis par suite de la péri-adénite, ils se soudent, perdent leurs contours nets, adhèrent à la peau et aux plans profonds, ils se ramollissent, fluctuent et se fistulisent.

A l'opposé, la forme mono-ganglionnaire sans péri-adénite est caractérisée par l'apparition sur le trajet d'une chaîne lymphatique d'un seul ganglion arrondi, indolent, bien limité qui évolue également vers le ramollissement et la fistulisation mais sans qu'apparaisse de péri-adénite.

LES SYNOVITES. — Pour compléter notre étude des abcès froids des parties molles, rappelons que ces collections sont rarements dûes à la suppuration d'une synovite à grains riziformes, plus souvent d'une synovite fongueuse mais on sait qu'elle n'est le plus souvent que consécutive à une ostéo-arthrite de voisinage : poignet, tibio-tarsienne ou sous-astragaliennne ou encore à une ostéïte ϕ des épiphyses.

Insistons donc sur l'intérêt de cette recherche pour ne pas s'exposer aux récidives fâcheuses.

LES GOMMES SOUS-CUTANÉES. — Elles sont rares mais non pas exceptionnelles. La localisation du mollet est assez fréquente surtout chez l'enfant et il faut se rappeler à ce sujet qu'il n'est pas rare de voir l'abcès primitivement étalé au-dessus de l'aponévrose jambière, perforer cette aponévrose en un point et s'insinuer entre les interstices musculaires pour ne pas affirmer l'origine musculaire de l'abcès froid.

De toutes façons avant d'affirmer l'existence d'une gomme ramollie il faut avoir bien soin d'éliminer les autres causes d'abcès froid.

Voici donc passées en revue les principales causes d'abcès froids des parties molles. Le diagnostic positif est relativement aisé, mais tout le problème est dans le diagnostic étiologique que notre méthode aidéra à résoudre.

Mais auparavant, il nous paraît utile d'aborder la question des abcès froids musculaires.

IV. — LES ABCES FROIDS « MUSCULAIRES »

Si l'atteinte secondaire du muscle au cours de l'évolution d'une affection tuberculeuse n'est pas exceptionnelle et nous venons de voir que la « migration » des abcès froids peut les faire évoluer très loin de leur point d'origine, par contre la tuberculose musculaire primitive reste très rare puisque Frida KAISER en 1905 corrigeant tous les cas publiés n'en retient que 18 authentiques sur 160, qu'ALES dans sa thèse n'en trouve pas plus et que J. STEPHAN en 1941 ne relève dans les statistiques mondiales qu'une quarantaine de cas. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la véritable action immunisante du muscle contre le bacille de Koch. On a invoqué pour expliquer la rareté de cette localisation de la tuberculose une action bactéricide de l'acide lactique produit par la contraction musculaire, la sécrétion d'une anti-toxine ϕ (Charles RICHTER), enfin les conditions défavorables du développement du B. K. que déterminent la richesse de vascularisation et les mouvements incessants dont le muscle est le siège. P. CHAUSSÉ a montré que les muscles des Bovins tuberculeux ne contiennent jamais de B. K.

Enfin, si le B. K. doit être incriminé comme cause directe des lésions musculaires ϕ , ici encore on a discuté le rôle des toxines. PONCET et LERICHE pensent que certaines myosites scléreuses diffuses de nature ϕ peuvent être dûes à la toxine ϕ et non au germe lui-même.

Mais là où nous ne sommes plus d'accord avec les observations multiples ou plutôt multipliées de certains auteurs, c'est quand ils affirment, dans de trop nombreux cas, la perte de l'action immunisante du muscle contre le B. K., ce fait étant rattaché par eux à des causes complexes : infection d'une autre nature préalable ou concomitante, fatigue musculaire, cachexie et même traumatisme, surtout diminution de résistance du terrain expliquant par cette pathogénie le pronostic grave qu'ils y attachent.

Reprenons, et ceci d'accord avec la majorité des travaux français et étrangers ayant trait à cette forme de φ la classification des différentes variétés anatomiques.

1°) Une forme rarissime : c'est la forme nodulaire diffuse dont il n'existe que quelques observations indubitables.

2°) La myosite fongueuse non suppurée (MORESTIN).

3°) La cirrhose musculaire φ ou myosite scléreuse φ

Ces deux dernières formes sont plus anatomiques que cliniques et méritent d'être rapprochées sinon rassemblées.

4°) Enfin, l'abcès froid φ intra-musculaire et c'est cette forme que nous discuterons.

Comment un esprit logique ne serait-il pas frappé par le fait que c'est cette forme qui a donné lieu surtout aux publications multipliées se rapportant à la tuberculose musculaire soi-disant primitive ? Est-ce que c'est parce qu'elle est la forme la plus commune ? Nous pensons plutôt que c'est parce qu'elle contient en germe le plus de chances (si l'on peut dire) de causes d'erreur.

Éliminons d'abord les formes rares qui ne nous intéressent pas directement du point de vue de la nouvelle méthode d'étude que nous proposons. Elles existent; en fait, des observations indubitables s'y rapportent, mais leur rareté même fait que leur intérêt est plutôt restreint.

1°) La forme nodulaire diffuse; PERGOLA dans sa thèse n'a réussi à en rapporter que trois observations. Deux concernent des enfants âgés de dix ans (une de KIRMISSON et une de COURTIN et LAFFARGUE) une autre une femme adulte (SUNDELIN). Ces trois observations se superposent point par point et nous lui en empruntons la description.

Le début est habituellement torpide; indolent, progressif. Le premier signe est l'apparition de tumeurs multiples habituellement localisées à un segment de membre, parfois diffuses d'emblée à tout le système musculaire. Ces nodosités ont des dimensions variables mais en règle ne dépassent pas le volume d'un gros pois. Elles sont parfaitement indolentes, mobiles dans le relâchement musculaire, fixées lors de la contraction.

Les lésions sont souvent symétriques (COURTIN, LAFFARGUE, KIRMISSON). Dans l'observation de KIRMISSON, il existe des tumeurs musculaires symétriques surtout nombreuses du côté externe des deux cuisses. Ces nodosités sont indolentes et mal limi-

tées. La micropolyadénopathie associée est notée dans deux observations. L'état général est variable, souvent bien conservé.

L'évolution reste stationnaire pendant de longs mois : cinq à six mois) ou davantage. L'affection subit de véritables poussées évolutives au cours desquelles les nodosités augmentent de volume, puis probablement sous l'influence d'un traitement général et d'une meilleure qualité du terrain elles disparaissent souvent très rapidement.

Le pronostic de cette forme est favorable et sur les trois observations rapportées il y a trois guérisons.

2°) Myosite scléreuse: c'est la cirrhose φ de LANTZ et QUERVAIN. Cette cirrhose bien connue et décrite, quoique très rare, se caractérise par une réaction scléreuse intense sans fongosités et sans suppuration. Elle réalise une tumeur à développement continu et progressif, diffuse irrégulièrement développée, très dure, ligneuse, évoluant avec une extrême lenteur. Son diagnostic est parfois d'une extrême difficulté avec la tumeur maligne dont elle simule cliniquement et opératoirement tous les principaux caractères.

3°) Myosite fongueuse, non suppurée, individualisée par MORESTIN. C'est en réalité une myosite scléreuse φ dont le centre est fongueux. Parfois les fongosités sont importantes, ailleurs elles sont discrètes, mais c'est la sclérose qui domine. Cliniquement, cette forme se confond point par point avec la précédente et nous n'insisterons pas, étant données la difficulté de son diagnostic et sa rareté.

Reste l'abcès froid intra-musculaire primitif: forme que nous ne saurions accepter sans réserves.

1°) Voici comment ALES, définissant la φ musculaire s'exprime : « Il suffit pour qu'on puisse dire qu'il y φ primitive du muscle que le voisinage du muscle atteint ne soit pas antérieurement infecté, que la φ musculaire ne soit pas due à la propagation d'une φ contiguë ». L'étude de la migration des abcès froids nous démontre assez que ce qu'on appelle la contiguïté du foyer primitif peut souvent être bien éloignée du foyer secondaire.

2°) Nous aurons de plus, si étonnant que cela puisse paraître, à discuter même le diagnostic étiologique de φ . Si nombre d'observations rapportent la présence de B. K. ou au moins une inoculation au cobaye positive, d'autres se contentent de l'aspect

histologique alors que nous savons maintenant que l'existence isolée de cellules géantes est loin d'être spécifique de la φ , d'autres se contentent de l'allure clinique. Et nous savons pourtant bien qu'il existe des abcès froids à évolution lente, torpide qui ne sont pas des abcès φ , que l'atrophie musculaire n'est pas seulement un signe d'ostéo-arthrite φ et qu'elle se voit chaque fois qu'il y a insuffisance fonctionnelle prolongée du muscle.

3°) Enfin, et ce qui est le plus délicat, il faut discuter les cas d'abcès froids intra-musculaires sans aucun doute tuberculeux où la clinique et la radio ne révèlent pas les atteintes ostéo-articulaires. Le moyen que nous proposons permettra de rectifier nombre de ces interprétations.

4°) Il ne nous restera plus alors que les abcès froids secondairement musculaires à point de départ cutané ou lymphatique, sans parler des φ viscérales propagées aux parois musculaires.

Nous ne pouvons songer ici à relever toutes les observations de soi-disant abcès froids musculaires primitifs. Les importants travaux d'ALES (thèse Montpellier 1907), de PERGOLA (thèse Paris 1935), de MONTAGNE (thèse Lyon 1933-1934) rapportent les principales que nous discuterons. Nous en discuterons d'autres publiées par différents auteurs et nous avons en vain recherché parmi celles que nous ne rapportons pas mais dont on peut trouver la bibliographie à la fin de cet ouvrage, quelque chose de plus caractéristique. KAZDA, PLUMMER, SANES et SMITH, HANKE PRUSSIA ont signalé des cas de φ musculaire d'apparence primitive, mais d'apparence seulement.

LES TROIS OBSERVATIONS DE MONTAGNE

(Thèse Lyon 1933-1934)

OBSERVATION I. — Une jeune fille de 19 ans, soignée à l'âge de 2 ans 1/2 pour ostéïte fistulisée du calcanéum droit et abcès d'allure tuberculeuse franche, mais sans examens de laboratoire.

Suppuration de la face postérieure de la jambe gauche durant plusieurs années. Le pied s'est mis progressivement en équinisme. Au membre inférieur gauche, mollet criblé de cicatrices, les unes en cul-de-poule, les autres larges et toutes adhérentes au plan profond, mais seulement au plan musculo-aponévrotique et nullement au squelette que la radiographie montre normal. Muscles du mollet très rétractés formant un bloc cicatriciel dur ; mais un peu de contraction partielle.

Le Professeur FAVRE consulté pour donner son avis sur la nature des lésions cutanées cicatricielles pense qu'il est impossible de trancher entre tuberculose et syphilis ! !

Discussion : Aucune preuve bactériologique. Pas de radios à longue échéance. Pas d'intervention.

OBSERVATION 2. — Fillette de 12 ans 1/2, entre le 26 août 1924 pour ulcération des jambes. A l'examen, à la jambe droite et à la jambe gauche existe une plaie de 4 cm. de diamètre à bords décollés, à fond bourgeonnant et atone. Un bord décollé conduit à un clapier qui remonte et gagne en profondeur 3 à 4 cm. dans la région du mollet. Il existe sous les plaies un léger empâtement profond sur le bord interne des jumeaux. Pas de lésion tibiale osseuse à la radio. B. W. positif.

Cultures : staphylocoque banal.

Traitement anti-syphilitique en attendant le résultat d'une inoculation qui se révèle positive.

Les plaies diminuent de volume. Le décubitus sur cadre et l'héliothérapie agissent favorablement. On attend encore la guérison spontanée.

Discussion : Type de lésions cutanées et sous-cutanées, non musculaires.

OBSERVATION 3. — Enfant de 4 ans 1/2 en 1927; aurait reçu un coup de pied au mollet droit, tuméfaction profonde sans douleur, ni fièvre, du volume d'un œuf, située juste au-dessous de la saillie des jumeaux. Fluctuation sous une peau amincie. Rien aux os à la radiographie.

Le 3 mai 1928 : intervention : une première poche de 3 cm. sous la peau communique avec une deuxième poche plus profonde placée sous et aux dépens de l'aponévrose très épaissie, lardacée et au voisinage du muscle. Mise à plat.

Revu sur convocation en mars 1931 : cicatrice du mollet minime, adhérent au plan profond mais sans rétraction musculaire, ni amyotrophie.

Discussion : Pas de recherche des lésions profondes osseuses par l'intervention. Fréquence chez un jeune enfant de la guérison spontanée d'une lésion osseuse.

OBSERVATION. — MORESTIN (*Bull. de la Société Anatomique*, 1896, pp. 784-785).

MORESTIN discute le sarcome, la gomme syphilitique, le kyste hydatique et enfin la tuberculose.

Opération : à l'examen histologique, parois de l'abcès ne renferment ni bacilles de Koch, ni cellules géantes.

Discussion inutile : observation sans valeur.

OBSERVATION. — PETIT et GUINARD (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1899, pp. 505-507).

Homme 19 ans, entre le 14 mars 1896 pour tumeur de la face antéro-interne de la jambe gauche dans son tiers inférieur, et tumeur de la face externe de la cuisse droite.

Discussion : Aucune évolution ultérieure notée. Pas de suites opératoires. Pas de radiographie. Sans valeur.

OBSERVATION. — REVERDIN. Un cas de tuberculose musculaire primitive (*Congrès de Chirurgie*, Paris, 1891, p. 571).

Un jeune homme de 17 ans entré pour tumeur du bras droit.

REVERDIN discute trois diagnostics : le kyste hydatique, la tumeur syphilitique et l'abcès tuberculeux.

Discussion : Il n'y a pas de radio, ni d'examen de l'humérus, de l'acromion, de la coracoïde, de la glène. Pas de suites opératoires.

OBSERVATION. — ALGLAVE. Un cas de grand kyste tuberculeux musculaire du triceps brachial. (*Bull. de la Soc. Anatomique*, 1906, pp. 464-465).

Discussion : Pas d'évolution éloignée, pas de radiographie de l'olécrâne. Sans valeur.

OBSERVATION. — CORNIL. Deux cas de tuberculose primitive. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1907, pp. 289-290).

Une femme de 25 ans présente un abcès froid de la région externe de la cuisse.

L'examen complet montre des poumons suspects.

Opération : la paroi de l'abcès est formée par le muscle vaste externe. Aucun diverticule de la poche ne conduit sur le fémur.

Examen histologique : on ne peut pas prouver la tuberculose.

Inoculation au cobaye : crée des lésions tuberculeuses typiques.

Discussion : Il n'y a pas de radio, ni d'évolution tardive. Les fistulisations après opération bien faite se produisent le plus souvent longtemps après la cicatrisation (plusieurs semaines ou plusieurs mois).

OBSERVATION. — LENORMANT (inédite) in PERGOLA.

Un homme de 45 ans entre à l'hôpital le 30 janvier 1924. Il présente un abcès froid de la cuisse.

Opération : incision longitudinale. D'emblée l'abcès est ouvert un peu au-dessous du creux poplité, où il y a adhérence à la peau.

L'abcès siège à la partie superficielle du muscle long biceps. Il s'étend depuis la région avoisinant l'ischion jusqu'au tendon inférieur du muscle. A la périphérie, la paroi de l'abcès adhère un peu au demi-membraneux en dedans, au vaste externe en dehors.

Excision : sutures musculaires, aponévrotiques et cutanées.

Guérison : sort le 12 février 1924.

Discussion : Abcès vraisemblablement d'origine ischiatique. L'évolution n'a été suivie que douze jours ! ! !

OBSERVATION. — WILMOTH (inédite) in PERGOLA. Abcès froid du muscle grand droit de l'abdomen.

Une femme de 35 ans entre dans le service de Monsieur le Professeur LENORMANT, pavillon Bouilly, le 10 avril 1933, pour tumeur de la paroi abdominale antérieure. Le début remonte à deux mois.

Opération : (M. WILMOTH) : *au pôle supérieur, il y a une telle adhérence avec le péritoine pariétal qu'il faut en découper un morceau.* On note dans la cavité péritonéale de nombreuses adhérences intestino-pariétales vé-lamenteuses.

Discussion : Fréquence de lésions semblables par lymphangite sous-pleurale ou sous-péritonéale.

OBSERVATION. — WILMOTH (Inédite) in PERGOLA.

Une femme de 43 ans vient consulter en février 1934 pour une tuméfaction de la face interne du bras droit, juste au-dessous du bord inférieur du grand pectoral.

Opération le 26 février sous anesthésie à l'éther. Incision parallèle à l'axe du membre. Dissection d'une poche qui se rompt rapidement.

Le paquet vasculo-nerveux doit être séparé, élément par élément.

Discussion : Il manque la radiographie de la coracoïde et surtout l'observation des suites éloignées.

OBSERVATION. — LENORMANT (Inédite) in PERGOLA.

Une femme de 29 ans entre dans le service de M. le Professeur LENORMANT à la Pitié.

L'examen permet le diagnostic d'abcès froid du mollet gauche paraissant développé dans l'épaisseur des muscles jumeaux.

Opération (rachianesthésie). Le jumeau externe est intact; l'abcès est développé dans l'épaisseur du muscle jumeau interne et fait saillie à sa surface.

Discussion : On ne possède pas l'observation des suites éloignées, ni l'état radiographique du condyle interne du fémur ?

OBSERVATION. — PATEL (Inédite) in PERGOLA.

Abcès froid musculaire fistulisé du quadriceps fémoral droit.

Opération: dissection, extirpation en masse de tout l'abcès qui fuse profondément dans le quadriceps. Suture, réunion complète sans drainage.

Sort: guéri un mois et demi après l'opération.

Discussion : Les suites éloignées manquent ainsi que la radiographie du fémur et de la rotule.

Observations de la thèse d'ALES : Montpellier 1907

Un volumineux abcès inter-costo-iliaque effaçant la concavité et le contour de la crête iliaque et remontant jusqu'aux dernière côtes.

Dur, mat, chaud, fluctuation. Pas de point douloureux vertébral, ni sacré, ni iliaque, mais caractères non douteux d'abcès froid.

En même temps, dans la masse musculaire interne de la cuisse gauche, une tumeur œuf de poule très dure, régulière, dans le troisième adducteur ou sous-jacente à lui, car par contraction, elle fuit vers les parties profondes.

Pleurite de la base droite.

Diagnostic de tuberculose basé uniquement sur un aspect histologique avec toutefois *absence de cellules géantes*.

Discussion : L'abcès costo-iliaque est une adénite suppurée banale de la paroi. Pour l'autre il n'y a pas de radios ?

Thèse EMERY 1897 : Abcès de l'avant-bras nettement musculaire. A la jambe abcès ayant son origine dans une lésion du péroné. A la patte d'oie, myosite du couturier.

Discussion : Pour l'abcès de l'avant-bras, on n'a pas recherché d'origine osseuse (voir le cas analogue de l'avant-bras actuellement dans le service).

DELORME : *Congrès de Chirurgie*, 1891. Abcès froid au niveau du grand fessier, sous-cutané, avec aponévrose détruite.

Etant données l'apparition rapide de l'abcès d'une part, et la résistance des aponévroses à l'envahissement de la tuberculose, on peut penser que les lésions se sont développées primitivement dans le muscle ?

Discussion : Cette observation date de l'époque où la radio n'existe pas, ce qui excuse les erreurs d'interprétation.

Il en est de même pour la plupart des observations suivantes rapportées dans cette thèse.

REVERDIN *Congrès de Chirurgie* 1891.

Abcès du bras droit.

DENONVILLIERS *Compensium* 1851.

MULLER : *Thèse Plantard*.

DOCTEUR VALCH (*Thèse de Grout*).

Enfant de 8 ans avec Mal de Pott : (type de fusée d'abcès pottique).

MORESTIN (*Société Anatomique 1896*).

Jeune homme : tumeur double au-dessus du mamelon, non douloureuse, mais gênante.

LINHART (*Thèse Plantard*).

Abcès froid du grand dentelé intra-musculaires, fluctuants : abcès purulents froids ?

Discussion : Dans les deux dernières observations, il s'agit d'abcès froids de la paroi thoracique d'origine ganglionnaire.

Dans la même thèse, deux observations d'abcès froids du biceps sans foyers osseux ?

LANTZ et DE QUERVAIN.

Homme de 58 ans : Abcès à la face antéro-externe de la cuisse droite.

Discussion : On ne parle pas de radio, ni de l'évolution.

CUCHE et WERQUIN : *Presse Médicale*, 1352, 16 décembre 1941.

OBSERVATION 1. — M. M..., 31 ans, manœuvre, entre dans le service de notre Maître, M. J.-P. LAMARE, le 1^{er} novembre 1940, venant du service de médecine de M. BRUEL, où il était hospitalisé depuis quelques jours.

A l'examen, nous constatons l'existence de deux masses situées symétriquement dans les deux jumeaux internes. La droite, du volume d'une noix, fluctuante, la gauche dure. L'une et l'autre sont parfaitement individualisées et n'adhèrent pas au plan osseux. Elles sont mobiles au repos, fixées par les contractions musculaires qui sont d'ailleurs indolores.

On constate seulement une légère diminution de l'abduction de l'articulation coxo-fémorale gauche, sans que cette articulation présente la moindre lésion osseuse visible à la radiographie.

L'épreuve du repos au lit n'a apporté aucune modification.

Cuti-réaction à la tuberculine positive.

• Absence de bacilles de Koch dans les crachats.

Le liquide de ponction, fluide, jaune grisâtre, sans grumeaux, ne contient pas de germes décelables. Inoculation au cobaye positive.

Intervention : novembre 1940 (MM. CUCHE et WERQUIN).

On enlève largement l'abcès. Suture des masses musculaires. Fermeture sans drainage. Guérison normale sans fistulisation.

OBSERVATION II. — Mme A..., vendeuse, âgée de 28 ans, entre le 17 décembre 1940 dans le service de notre maître M. LARGET, pour une tuméfaction douloureuse située au niveau de la neuvième côte droite, sans rougeur de la peau, sans œdème périphérique, sans circulation veineuse anormale. Cette tumeur est bien limitée en dedans, mal en dehors. Elle est très douloureuse à la palpation, non fluctuante, mobile et sans adhérence.

La radiographie du thorax ne montre ni lésions pulmonaires, ni lésions costales.

Intervention le 24 décembre 1940 (MM. WERQUIN et CUCHE).

La malade quitte le service le 4 janvier 1941, complètement guérie.

Examen anatomo-pathologique (M. P. ISIDOR). — Cette pièce opératoire, particulièrement instructive, est rigoureusement intercostale et n'intéresse en aucun point la côte sous-jacente. Après exérèse, il a été aisé de séparer tumeur et os par un plan de clivage des plus nets.

Les vaisseaux qui parcourent cette région ont une paroi épaissie et légèrement hyalinisée.

Discussion.

Nous ne nous arrêterons pas sur la troisième observation : localisation du coude, puisque les auteurs reconnaissent eux-mêmes qu'elle est manifestement secondaire malgré l'aspect clinique.

Radio du coude : image de décalcification particulièrement au niveau de l'épiphyse antérieure du cubitus avec flou accentué de l'interligne articulaire, et que les auteurs ont heureusement plâtré donnant la priorité à la lésion ostéo-articulaire.

Mais dans les deux premiers cas, pas de B. K. mais simples aspects histologiques, et encore les follicules sont des « aspects » et rares sont les cellules géantes.

Ailleurs, les auteurs, adoptant au conditionnel la définition d'ALÈS, déclarent qu'il suffirait que le voisinage même du muscle fût indemne pour qu'on puisse considérer la lésion comme

primitive même si le malade avait par ailleurs une caverne tuberculeuse ou un mal de Pott ! Ce qui n'est heureusement pas le cas. Enfin, les auteurs reconnaissent eux-mêmes, et c'est tout à leur louange, que la voie de propagation lymphatique est probable dans leur deuxième observation (lésion de vascularite) et que la face du problème la plus délicate est celle de l'affirmation de la nature primitive de cette tuberculose musculaire : ce qu'ils ne sauraient affirmer d'une façon absolue, car dans leurs deux autres observations, il y a une histoire coxo-fémorale discutable, mais non confirmée par la radiographie dans la localisation des jumeaux, une atteinte de l'état général dans la localisation intercostale qui est une observation type de l'abcès froid thoracique d'origine ganglionnaire, avec réaction musculaire secondaire.

PONCET, — *Tuberculose primitive des muscles de l'avant-bras chez une jeune fille de 16 ans.*

La tuméfaction paraissait s'étendre depuis le squelette jusqu'à la peau où elle adhérait. Enfin, au niveau de la face postérieure du cubitus, la palpation faisait reconnaître l'existence d'une tuméfaction allongée, collée contre l'os, immobile, et présentant tous les caractères d'une périostite mais la radiographie montre un squelette normal.

Opération exérèse. — Les lésions s'étendent jusqu'au squelette mais l'os lui-même paraissait sain et la petite *trépanation pratiquée montre une mœlle rouge absolument normale, mais aucune preuve véritable puisqu'il n'y a pas de signes radiographiques, ni d'évolution.*

COURBOULES, MANDILLON, BERGUES : tuberculose des muscles de la face externe de la cuisse droite paraissant primitive et guérie chirurgicalement. (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, octobre 1933).

OBSERVATION. — Jeune homme 23 ans, commençant à souffrir de la hanche, du membre inférieur droit, au cours du service militaire (4^e Zouave de Tunis 1932). Ce n'est qu'un an après qu'il s'aperçoit d'une tuméfaction de la partie supérieure et externe de la cuisse droite, 20 cm. sur 8 à 10. Peau rouge, circulation veineuse collatérale.

Pas de point douloureux osseux, pas d'atrophie musculaire. Les articulations de la hanche et du genou droit ne sont pas douloureuses. —

Ponction : pus épais, verdâtre, recherche de B. K. positive.

Opération. Dissection d'une première poche sous le tenseur du fascia lata, puis une deuxième dans la masse des muscles postéro-externes, curet-

tage des foyers, attouchements au chlorure de Zn. Fermeture sans drainage. Suites opératoires très bonnes. Suppuration les premiers jours, abondante. 3 semaines après, guérison locale. Pas de séquelles. Bonne santé.

Anatomie pathologique : abcès développé au milieu de la masse musculaire au milieu de fibres musculaires typiques. Infiltration lymphocytaire abondante avec cellules géantes, et bacilles de Koch.

Discussion : Ici encore, pas de radio, et surtout pas d'évolution éloignée.

OGITA (Tokio) : 3 cas de tuberculose primitive des muscles.

Zentralblt. fur Chirurgie, t. 67, n° 32, 10 août 1940.

Concernent des sujets jeunes, 10, 12, 17 ans, présentant un abcès froid des muscles de la paroi abdominale, grand droit, muscle oblique, dans les 3 cas, le diagnostic de tuberculose a été fait sur l'examen histologique de la paroi de l'abcès, culture : constamment négative ?

SCALFI (Pavie) : 3 cas de tuberculose hématogène des muscles de la paroi abdominale : « La Clinica » mars 1939.

Premier cas, concerne un homme de 33 ans, qui présente depuis 10 ans une tuméfaction de la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de l'arcade crurale.

Evolution devenue plus rapide depuis quelques jours. Signe de compression du sigmoïde. Ablation de la tumeur doit se faire avec le tractus de péritoine pariétal sous-jacent et au cours de l'opération, on libère une adhérence avec le sigmoïde. En outre, le cordon spermatique est englobé dans la tumeur et l'on doit faire l'ablation du testicule.

Le diagnostic histologique de tuberculose est certain.

Discussion : Il s'agit d'une tuberculose uro-génitale ! ! !

Deuxième cas, chez une femme de 24 ans, siège dans la partie centrale haute du muscle droit de l'abdomen. Il s'agit d'un abcès situé dans une cavité pseudo-kystique dont la paroi est intimement liée au tissu musculaire voisin. Histologie : tuberculose bien que cellules géantes rares. Bacilles de Koch sur milieu de Lowenstein.

Discussion : Tuberculose sous-péritonéale probable.

KUSHIZAKI et SAITO. — Sur la tuberculose primitive des muscles.

Brun's B. zur klinischen Chirurgie, 2 mars 1937.

Il n'est pas possible d'accepter sans réserve le diagnostic de tubercu-

lose musculaire primitive dans les deux cas que rapportent les auteurs, non seulement aucune base bactériologique, pas de B. K, mais encore dans le premier cas, la tuméfaction de nature supposée tuberculeuse s'est développée dans une région où une injection médicamenteuse avait été faite.

F. LEJARS. — *Tuberculose musculaire primitive à foyers multiples* (*Semaine Médicale*, 1904).

Depuis 5 mois, apparition à la face antéro-supérieure de la cuisse droite d'un noyau qui grossit pour atteindre le volume d'un poing d'enfant. En même temps est successivement, à des intervalles d'une quinzaine de jours, apparition de tumeurs analogues : à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, à la partie supéro-antérieure de l'avant-bras droit, à la face postérieure au 1/3 inférieur du bras gauche. Toutes ces tumeurs avaient les mêmes caractères généraux.

Pas d'adhérences ni à la peau ni au squelette. Manifestement intra-musculaires, elles étaient mobiles en travers avec le corps charnu correspondant. Elles devenaient dures et s'immobilisaient quand on le faisait contracter.

Discussion.

Nous emprunterons la critique dans les propres termes de l'auteur qui débute ainsi : « Il semble bien que ce terme de tuberculose musculaire primitive ne doive s'entendre qu'au sens clinique. Si les noyaux sont inclus dans l'épaisseur même du corps charnu, s'ils figurent une tumeur musculaire, les recherches histologiques ont démontré d'autre part que la fibre musculaire n'est point l'habitat initial de l'agent pathogène ni le siège de lésions spécifiques et la gomme tuberculeuse ou l'abcès froid se développe et progresse en réalité dans les espaces conjonctifs du périmyosium. Et l'intérêt du fait n'est pas seulement anatomo-pathologique, il confirme la résistance particulière du muscle au bacille de Koch et l'évolution de la tuberculose intra-musculaire nous fournira maintes preuves de cette résistance ».

Elle nous fournira même certaines conclusions opératoires.

Pour conclure, M. LEJARS insistait : « N'oubliez pas que cette localisation soi-disant primitive des tuberculoses musculaires procède en réalité d'un point de départ commun : le foyer initial « à découvrir » qu'il y a toujours de la tuberculose « ailleurs » et qu'il faut rechercher cette tuberculose.

Ceci servira de conclusion à cette étude des abcès froids dits musculaires.

V. — LA TECHNIQUE DES INJECTIONS COLOREES

Elle est fort simple.

On prépare une heure avant l'intervention, une solution de bleu de méthylène à 1 % dans de l'eau ou du sérum physiologique. En ce qui concerne la nature du liquide si l'on a choisi le bleu de méthylène, c'est d'abord que sa coloration foncée tranche nettement sur le sang et sur la chair musculaire, ce que ne ferait pas le violet ou le rouge. D'autre part, les qualités antiseptiques du bleu de méthylène ne sont pas négligeables au cas où une traction ouvrirait en quelque point la poche purulente dont le liquide se répandrait alors sur le champ opératoire.

L'injection ne diffère en rien des injections habituelles de Lipiodol : si l'abcès est fermé, on fait pénétrer le liquide dans l'intérieur de la poche au moyen d'une seringue de 20 cm³ munie d'une aiguille à diamètre assez large pour qu'elle ne risque pas de se boucher par un grumeau quelconque. La quantité de liquide à injecter est variable suivant le volume de la poche de l'abcès, mais il faut insister sur ce point qu'il faut distendre la poche. Si l'abcès est déjà trop rempli de pus on aura intérêt dans tous les cas, à vider de son pus la cavité de l'abcès.

Si l'abcès est fistulisé, on peut injecter soit à la seringue, soit par l'intermédiaire d'une sonde molle en caoutchouc que l'on fait pénétrer par la fistule afin d'éviter autant que possible l'issue du liquide par la fistule par où il ressort en grande partie.

Dans ce cas d'ailleurs, l'infection secondaire des fistules étant probable, il vaut mieux faire précéder l'intervention pendant une dizaine de jours, d'un traitement général et surtout local aux sulfamides.

Le reste de l'intervention consiste à disséquer soigneusement les contours de la poche et à suivre les trajets fistuleux colorés jusqu'au point d'origine. D'autres fois, on est obligé d'injecter à nouveau du bleu au cours de l'intervention dans un trajet dont

le début seul est coloré et c'est ce qui explique l'intérêt que l'on a à pratiquer l'injection quelques heures avant l'intervention afin de permettre au bleu de bien pénétrer partout.

Au besoin faire prendre aux malades différentes positions destinées à aider la diffusion du liquide (décubitus latéraux, tête déclive, etc...). Enfin, par des pressions prudentes et répétées sur la poche de l'abcès essayer de chasser le liquide vers les parties rétrécies.

VI. — LES OBSERVATIONS

Voici comment se présentent en général nos interventions.

1°) *EXPLORATRICES*

a) Cause inconnue.

b) Cause connue mais on cherche à préciser le trajet et l'étendue de la lésion.

2°) *CURATRICES*

OBSERVATION I. — Diagnostic absolument inconnu.

Observation d'une malade en clientèle (Docteur RICHARD).

Une femme de 36 ans, grasse, forte mangeuse et jusqu'alors très bien portante à part une pleurésie sèche de courte durée deux ans auparavant.

Présente un abcès froid piriforme à pédicule supérieur le long du bord interne de l'omoplate droite.

Aucun signe fonctionnel, aucun signe radiologique.

Malgré les ponctions répétées, l'abcès se reproduit, augmente de volume et après 3 mois d'observation, il dépasse l'angle inférieur de l'omoplate.

Pensant qu'il ne peut s'agir puisque la colonne est parfaitement mobile et souple, que d'une lésion costale, intercostale ou apophysaire le Docteur RICHARD décide d'enlever la poche de l'abcès tout en recherchant son origine.

Sous anesthésie générale et après une injection de bleu de méthylène dans la cavité de l'abcès préalablement vidée de son pus, il fait une incision longitudinale verticale qui, après dissection des deux bords lui permet de circonscrire l'abcès en battant de cloche et de constater que, situé entre le trapèze et le rhomboïde il ne présente aucune connexion avec les plans profonds...

Il poursuit le pédicule coloré qui remonte vers la nuque et plonge entre

les deux faisceaux du splénus pour prendre son origine sur l'apophyse transverse de la cinquième cervicale.

Cette dernière est enlevée à la pince-gouge.

Tous les plans sont suturés hermétiquement.

La malade est restée en climat héliο-marin pendant 6 mois.

Cette observation date de 9 ans et le Docteur RICHARD l'a suivie.

Depuis elle n'a jamais présenté aucun incident.

OBSERVATION 2. — B... Louise.

Diagnostic : douteux à rechercher.

La malade, une femme, infirmière, entre dans le service pour un volumineux abcès froid un peu au-dessus du trochanter.

Dans les antécédents, la malade eut une pleurésie séro-fibrineuse au mois d'Avril 1940.

Elle reprend son travail, mais trop vite et 6 mois après sa pleurésie, elle ressent des douleurs à la marche.

Un mois après, en novembre, apparition d'une tuméfaction sur la face externe de l'aile iliaque droite qui augmente peu à peu et en même temps douleur et tuméfaction de la première et deuxième phalanges du médius.

A nouveau, reprise du travail, et ce n'est qu'au mois d'août 1941 qu'elle est ponctionnée pour la première fois et s'alite.

3 ponctions : les 2 premières retirant un pus abondant.

Température oscillant entre 38°6 le soir et 37° le matin.

Elle va alors consulter à Saint Louis le 7 mai et entre à Garches le 14 mai.

Tuméfaction volumineuse siégeant à la face externe de la hanche au-dessus du trochanter. Elle est fluctuante et présente la trace des ponctions.

Les mouvements de la hanche sont normaux ; la douleur siège surtout sur la crête iliaque droite.

La colonne vertébrale est souple et sans douleurs.

Réflexes tendineux et cutanés normaux.

L'état général semble excellent.

Avant intervention le 13 juin, on remplit l'abcès sous légère tension de bleu de méthylène.

Incision curviligne circonscrivant en bas l'abcès. On suit de proche en proche en incisant le tissu graisseux, puis le moyen fessier et la poche de l'abcès jusqu'à son implantation sur l'aile iliaque.

A aucun moment, l'incision n'intéresse la cavité de l'abcès, mais à cause de l'hypertension, il se rompt au pôle postérieur. On aveugle par une pince en cœur et on suit le pédicule qui se rompt à 1 cm. du rebord iliaque coloré en bleu.

Ayant enlevé les parties molles, on circonscrit à la rugine à distance l'orifice osseux et on fait sauter au ciseau frappé tout le massif au moins à 1 cm. 5 de l'os malade.

Réunion des muscles par points en X, surjet du tissu cellulo-grassey, crins et agrafes sur la peau.

Suites opératoires excellentes : l'ostéite iliaque a guéri par première intention.

Par ailleurs le curettage d'un petit foyer d'ostéite de la première phalange du médus a permis la guérison de ce second foyer.

La malade a repris ses occupations d'infirmière.

OBSERVATION 3. — L... Adonis.

Diagnostic inconnu.

Le malade, un homme âgé de 32 ans, constate depuis quelques années un abcès rétro-trochantérien droit qui, ponctionné à plusieurs reprises, a fini par fistuliser sous le bord inférieur du grand fessier droit. Jamais aucun signe fonctionnel n'a pu être relevé par les différents médecins qui l'ont examiné et les radlos ne donnent aucun renseignement.

Antécédents collatéraux chargés de q.

A son entrée dans le service à Garches; il présente toujours un abcès fistulisé et tous nos examens n'arrivent pas à préciser le diagnostic bien qu'au début de Juillet 1941 un toucher rectal pratiqué par le Docteur RICHARD réveille une douleur à bout de doigt, sous l'ogive sacro-iliaque droite mais la radio. ne nous permettait pas de contrôler le diagnostic émis de sacro-coxalgie.

Fin septembre 1941, sur la demande instante du malade qui a interrompu son travail depuis plus de 30 mois et ne mène plus une vie normale depuis des années pour « sortir » comme dit le malade à tout prix de cette indécision, l'intervention exploratrice après injection de bleu de méthylène est décidée. Le bleu ressort en grande partie, mais va parfaitement colorer la poche et permettre de l'exciser en entier, ce que le Docteur RICHARD fait par une vaste incision à lambeau convexe en avant et en dehors.

La poche n'a que des rapports de contiguité avec l'ischion, le grand trochanter mais aucune origine à ces différents niveaux.

Son pédicule avec la plus grande netteté puisque coloré, file sous l'ar-

cade de Bouisson, point d'émergence d'élection des abcès intra-pelviens d'origine sacro-iliaque.

Ne pouvant sans dégâts osseux importants, aller au delà on introduit une sonde en gomme dans le prolongement intra-pelvien de l'abcès et on injecte du Lipiodol :

Et 48 heures après, les radios face et profil montrent un abcès bien limité situé en avant en dedans et un peu au-dessous de l'articulation sacro-iliaque droite et d'ailleurs sur cette nouvelle radio on peut constater un foyer d'ostéite avec un sequestre central dont les limites commencent à se dessiner.

Le diagnostic est fait, les suites opératoires simples.

Il ne reste qu'à réaliser une arthrodèse de l'articulation sacro-iliaque désormais certainement responsable de l'abcès froid dont le diagnostic étiologique est resté si longtemps indécis et ce qui fut fait le 2 octobre 1941.

Il faut insister sur l'intérêt de ce lipiodol par cette voie. L'expérience de M. RICHARD sur de nombreux cas de sacro-coxalgie (plus de 85 observations personnelles) lui permettent d'affirmer que jamais une injection de lipiodol faite dans une poche fessière ne pénètre facilement à travers l'arcade de Bouisson dans le bassin comme dans ce cas.

OBSERVATION 4. — G... Arthur.

Diagnostic douteux.

Le malade, garçon infirmier à Laënnec entre à Garches le 11 août 1941.

Il présente des antécédents familiaux certains de φ puisque femme décédée de laryngite φ et fils hospitalisé à Berck.

Le début de la maladie actuelle remonte à 1932.

Tuméfaction de la région trochantérienne droite opérée, grattage du trochanter, pas de fistule.

En juillet 1941, rechute, fistulisation. Les radios montrent une trochantérite gauche et cette fois une coxalgie.

A son entrée dans le service de nouvelles radios montrent de façon constante une réaction de L 4 dont la face antérieure et les bords surtout à droite présentent une déformation en bec d'oiseau.

De plus, décalcification évidente des apophyses transverses gauches, de la sacro-iliaque et la région apophyse articulaire L 5 sacrum gauche. Il est donc probable que l'abcès trochantérien a débuté dans la région illo-sacrée gauche.

On ne sent pas d'abcès intra-pelvien, mais il y a une grosse atrophie fessière.

En tous cas, ce qui est apparent, c'est la fistule qui correspond certainement à une lésion trochantérienne évidente.

Le bleu de méthylène injecté à force par la fistule en solution concentrée va nous donner l'origine de cet abcès. Après avoir découvert le trochanter, on trouve à la partie antéro-inférieure une poche tapissée de tissu fibreux avec un segment libre entièrement imprégné de bleu. Il y a un autre séquestre au-dessous et en arrière qu'on enlève facilement. De plus, la poche supérieure du trochanter présente de petits foyers d'ostéite colorés qui sont enlevés en masse en tissu sain au ciseau frappé.

On excise les fongosités des parties molles et on coupe le pédicule de l'abcès qui file vers la grande échancrure sciatique comme on le constate facilement, avec un instrument moussé qui disparaît vers le bassin.

On injecte dans le prolongement du Dagénan.

Surfaces osseuses sectionnées touchées au mercuro-chrome.

Excision de l'orifice de la fistule.

Saupoudrage de Septoplax.

Fermeture en un plan aux crins.

Notre hypothèse du début se trouve vérifiée.

Selon l'évolution ultérieure il est vraisemblable que seront nécessaires successivement une greffe lombo-sacrée et une arthrodose de hanche gauche car sur les récentes radios, la tête présente des lésions évidentes.

OBSERVATION 5. — B... Marcelle.

Diagnostic : douteux.

Femme de 49 ans, venant de la Salpêtrière, entrée pour tuberculose vertébrale, entre le 13 septembre 1941.

Pas d'antécédents pathologiques.

Histoire de la maladie : le début remonte au mois d'avril 1941 par des douleurs que la malade localise para-vertébrales droites au-dessous des fausses-côtes irradiant en avant. Elle s'est alitée le 19 avril, mais ce n'est qu'au mois de mai qu'elle consulte à la Salpêtrière où une radio de la colonne est faite; mais elle n'aurait pas révélé de Mal de Pott. Cependant elle est hospitalisée le 14 juin à la Salpêtrière où elle reste jusqu'à son entrée à Garches.

Le 11 juin, apparition d'un abcès paravertébral droit qu'on ponctionne le 25 juin.

A son entrée à l'hôpital, elle présente toujours son abcès et en souffre

beaucoup : masse fluctuante assez importante qu'on ponctionne le 19 septembre : 80 cc. de liquide séro-purulent.

Depuis, tous les 15 jours environ, ponction ramenant toujours la même quantité de pus liquide, car l'apparition d'un zona retarde l'intervention décidée sur une image douteuse au niveau de la partie inféro-latérale du corps de D 9 avec déformation de la tête de la 10^e côte dont les 8 premiers centimètres ont un aspect gracile.

Le 3 février, après distension de la poche par la solution de bleu de méthylène on fait une excision de toute la partie sous-cutanée de la poche. On arrive sur la partie étroite du bouton de chemise bourré de fongosités typiques et immédiatement au-dessous une poche de la dimension d'une noix dans laquelle on sent logé à la face profonde de la côte sus-jacente et isolé aux dépens de l'apophyse transverse un séquestre libre qu'on enlève facilement.

On nettoie facilement les fongosités sans effondrer les parois de la poche et sans dénuder aucun os.

On irradie aux U. V. pendant 2 minutes le foyer et, après saupoudrage de Septoplix, on ferme intégralement.

OBSERVATION 6. — G... Jean.

Diagnostic inconnu.

Malade jeune homme âgé de 19 ans entre dans le service pour un abcès froid de la région sacrée.

Antécédents collatéraux chargés et personnellement une pleurésie séro-fibrineuse en 1938.

Le début remonte à mai 1941 par l'apparition d'un abcès sacré et il est hospitalisé à Laënnec. Cinq ponctions, les radios ne montrent rien de précis.

A son entrée à Garches le 13 septembre : abcès para médian droit de la région sacrée mais la colonne vertébrale reste mobile. Rien qu'une image qui semble douteuse au niveau de l'interstice d'une spina bifida sacrée.

Immédiatement avant l'intervention le 4 octobre, évacuation de 50 cm³ de pus séreux trouble et injection d'une solution forte de bleu de méthylène. On circonscrit par un lambeau à convexité droite la saillie de l'abcès, puis on l'excise : ses parois sont parfaitement infiltrées de bleu, mais en plusieurs points il fait hernie à travers l'aponévrose et se rompt.

Il existe un diverticule droit et gauche au niveau des orifices de ponction et 2 filant vers la fosse. On enlève la paroi infiltrée de l'abcès, partout ailleurs on curette les fongosités infiltrées de bleu et on attouche les lésions voisines avec du mercuro-chrome.

La diffusion du bleu n'a pas eu le temps de se faire à travers le pédicule profond et ceci souligne l'importance de ce détail de technique qu'il faut, quand le trajet risque d'être profond faire l'injection de bleu longtemps à l'avance plusieurs heures et même la veille de l'intervention.

On peut tout de même suivre le pédicule profond grâce à ses fongosités il pique vers l'origine de la crête sacrée et par deux diverticules de chaque côté de l'apophyse épineuse de L5. On résèque cette dernière ainsi que la crête sacrée.

Pas d'autre lésion osseuse visible.

Attouchement au mercuro-chrome.

Réunion des masses musculaires au catgut; crins sur la peau.

Les suites opératoires ont été simples.

OBSERVATION 7. — C... Hélène, 76 ans.

Diagnostic douteux à préciser, intervention curatrice.

La malade, une femme âgée de 76 ans, entre dans le service le 19 août venant de Boucicaut pour un abcès froid lombaire.

Pas d'antécédents tuberculeux personnels, mais un frère mort de méningite et un autre frère de tuberculose pulmonaire suite de la guerre.

Le début remonte au mois de Mai 1941 par l'apparition silencieuse d'une « grosseur » au niveau de la région lombaire gauche. Quelques jours après, douleurs lombaires et dorsales.

Entre à Boucicaut le 7 juillet 1941 où elle reste 6 semaines et où on ponctionne son abcès 6 fois sans grand succès d'ailleurs.

À son entrée dans le service, Mme C... présente un assez volumineux abcès froid (les 2 poings) situé surtout à droite de la ligne médiane dans la région lombaire moyenne et débordant à gauche la ligne médiane.

L'examen clinique ne donne pas par ailleurs grand renseignement, la souplesse lombaire étant très compromise chez une femme de cet âge porteuse d'un volumineux abcès. Réflexes normaux.

À la radio, il semble bien que l'apophyse épineuse de la troisième lombaire présente une décalcification en son centre, mais les radios de face à cause de l'abcès et du contenu abdominal ne permettent pas non plus d'affirmer que les apophyses transverses de cette vertèbre seront de densité normale aux rayons.

On décide une intervention à la fois exploratrice par bleu de méthylène et curatrice si la lésion étant uniquement épineuse comme nous le pensons nous enlèverons et la poche de l'abcès et l'apophyse épineuse.

Sous anesthésie locale une incision arciforme à convexité droite circonscrit les limites de l'abcès. On rabat le lambeau et on dissèque la poche de l'abcès préalablement injectée et distendue par une injection de bleu de méthylène. La poche dépasse un peu vers la gauche la ligne médiane.

Le gros pédicule de l'abcès est profond et comme prévu; gagne l'apophyse épineuse de L 3 en un foyer fongueux coloré en bleu. Celle-ci est complètement infiltrée, grise, non saignante. On est obligé d'enlever tout l'os jusqu'à l'origine des lames pour trouver un os sain saignant normalement.

Attouchement au mercuro-chrome.

Réunion des masses musculaires au catgut en X.

La plaie est fermée aux crins sans drainage.

Les suites opératoires ont été simples et favorables et au début de décembre, la malade peut repartir chez elle ne présentant plus aucune trace de son volumineux abcès à part la bonne cicatrice de sa plaie.

OBSERVATION 8. — B... Lionel.

Δ à préciser et curatrice.

Le malade, ouvrier d'usine âgé de 42 ans entre à Garches pour séquestre probable d'une ancienne coxalgie de l'enfance.

Longue histoire entrecoupée de rechutes avec résection de hanche en 1934 et greffe en 1936.

Une fistule n'a pas cessé de donner depuis 1931, mais le malade a repris ses occupations fin septembre 1941, réapparition des douleurs et à la consultation du Docteur RICHARD à Necker est posé le diagnostic probable de séquestre.

L'intervention après injection de bleu de méthylène permet de préciser ce diagnostic.

Excision de l'orifice fistuleux au milieu de l'incision habituelle de drainage antérieur de la hanche.

On suit facilement le trajet fongueux coloré jusqu'au fond du cotyle. On trouve dans la diaphyse, un petit éclat ancien enchâssé qu'on enlève à la curette et au bistouri. On enlève tout le contenu de la cavité parfaitement évidée située entre la tête et le cotyle.

On la remplit ensuite de Septoplax en poudre et on laisse une mèche.

Fermeture sur un plan du reste de la plaie.

La plaie depuis, ne suppure pratiquement plus et le stylet ne conduit plus sur l'os.

OBSERVATION 9.

Diagnostic connu : intervention curatrice.

Le malade, jeune homme âgé de 16 ans entre dans le service envoyé par la consultation de Necker du Docteur RICHARD.

Le début remonte à 1930 où le malade a eu une tumeur blanche du genou droit.

Traité pendant 4 ans par immobilisation plâtrée.

Rechute en 1939 douleurs abcès poplité. Nouvelle immobilisation plâtrée.

En mai 1941, apparaît à nouveau un abcès au niveau de l'extrémité inféro-externe de la cuisse.

Pas d'antécédents personnels ou familiaux.

L'examen montre que le genou est gros, les méplats effacés, empâté et chaud. Présence d'un abcès fluctuant à la partie inféro-externe de la cuisse.

A la radio séquestre probable du plateau tibial externe.

Intervention curatrice le 23 octobre.

Incision arciforme circonscrivant en avant la fistule et le plateau tibial externe en bas et en arrière.

Après injection de bleu de méthylène on poursuit l'abcès jusqu'à son implantation sur le plateau tibial externe qu'on rugine, puis aborde à la cuisse.

Ablation du séquestre libre.

Sulfamides dans la cavité et mèches.

Excision de la poche de l'abcès et du trajet fistuleux bien nets puisque bleus.

Restitution du fascia lata.

Catgut pour réunion du tenseur du fascia lata et du droit antérieur.

Crins sur la peau.

Suites opératoires simples.

Résultats très favorables. Malgré l'effondrement du plateau tibial externe, il n'y a pas eu de communication avec l'articulation. On peut faire marcher vers le 20 décembre.

OBSERVATION 10. — A... Martial.

Curatrice.

Malade homme âgé de 37 ans, vient de l'hôpital Cochin pour ostéite tuberculeuse du cou de pied gauche.

Les antécédents personnels et familiaux du point de vue bacillaire sont chargés.

Il existe à son entrée dans le service 3 lésions différentes outre sa fistule péronière :

1°) Une petite gomme bacillaire du bord cubital de la main droite que l'on excise sous anesthésie locale.

2°) Un abcès de la partie moyenne et antérieure de la partie supérieure de l'avant-bras gauche avec ganglion épitrochléen.

3°) Un abcès sus-claviculaire droit.

Décision thérapeutique : la lésion otocrauienne restant silencieuse, seulement marquée par décalcification à la radio, commencer par les lésions péronière et sus-claviculaire pour éviter l'extension articulaire.

1°) Après injection colorée, incision sur la poche superficielle de la région deltoïdienne droite qui est disséquée et excisée jusqu'à son point d'implantation sous le bord antérieur de l'extrémité externe de la clavicule sans géode mais simple dénudation.

Suture aponévrose au catgut et peau aux crins.

2°) Après mise en place d'une sonde canelée par la fistule péronière et excision de la fistule on arrive au contact du péroné. Ablation des fongosités colorées jusqu'à une cavité avec séquestre que l'on enlève.

Mèche sulfamidée. Pansement à plat. On ferme.

Un mois après : résultat parfait avec guérison des lésions acromio-claviculaire et du pied gauche.

Bon état général.

On décide après injection colorée l'ablation de l'abcès du coude gauche : on trouve l'abcès fongueux avec diverticules colorés inférieur et supérieur, butant au pli du coude sur la plongée du tendon bicipital et surtout profond à la partie moyenne.

On enlève à la curette ces fongosités et on poursuit le trajet jusqu'à l'insertion du court supinateur au niveau du col du radius.

On ne trouve pas de lésions osseuses évidentes à l'endroit présumé sur la radio. On fait une petite trépanation de 2 mm. et on réserve à une nouvelle radio le soin de préciser ses rapports avec la lésion probable.

Mèche. Sutures.

Guérison parfaite per primam.

OBSERVATION 11. — S... Tahar.

Diagnostic connu : curatrice.

Malade originaire de l'Afrique du Nord ayant eu dans l'enfance une

ostéite diaphysaire du 2^e métacarpien gauche sans lésion du cartilage conjugué et sans arthrite avec suppuration des ganglions sus-épitrochléens.

Depuis, il a fait de nombreuses suppurations soit périostées, soit ganglionnaires en particulier à la hanche et au mollet droit et il en résulte une atrophie musculaire du membre et une décalcification de tête fémorale.

Actuellement fistule près de l'épine iliaque antéro-supérieure.

A la radio : périostite du petit tranchanter et aussi de l'E. I. A. S. et enfin une géode juxta-articulaire de la partie postéro-supérieure de l'ilion où aboutit le stylet (2 cm. 1/2 de profondeur).

Seul ce dernier point nécessite un traitement actif. Les autres fistules devant céder au Solu-Dagénan intra-fistuleux et aux rayons ultra-violets.

La hanche droite est indemne, la lésion étant purement ostéitique il faut faire l'excision du foyer après injection colorée.

Incision sur la moitié postérieure de la crête iliaque droite. On libère l'os à la rugine et on fait sauter au ciseau frappé toute la partie de la crête iliaque droite qui présente des encoches d'ostéite ancienne.

Excision de l'orifice fistuleux près de l'E. I. A. S. droite.

On curette le trajet et on y met une mèche sulfamidée.

Fermeture des muscles au catgut et de la peau aux crins.

Excision locale. La plaie est cicatrisée.

OBSERVATION 12. — DJ... Arthur.

Diagnostic connu.

Le malade âgé de 23 ans entre dans le service envoyé par notre consultation de Necker.

Le début remonte à 14 mois environ par une douleur à type sciatique dans le membre inférieur gauche entraînant une impotence fonctionnelle dans un camp de prisonniers où il était « occupé » par des travaux de terrassement.

En mai 1941, il rentre en France et en juillet apparaît, un abcès de la fesse gauche que ni ponctions, ni rayons ne font rétrocéder.

Antécédents certains de bacillose, pulmonaire. B. K. positif dans les crachats mais la radio, montre peu de lésions évolutives.

A son entrée dans le service, amaigrissement important.

Etat général médiocre. Volumineux abcès de la région sacro-fessière gauche, tendu, fluctuant. Cet abcès extra-pelvien correspond à un abcès intra-pelvien senti par l'échancrure sciatique et que le toucher rectal montre perceptible au bout de doigt transmettant la fluctuation en dehors. La radio

très gênée par les gaz qui distendent le colon montre seulement un diastasis important de la sacro-iliaque.

Ici, le diagnostic évident a à peine besoin d'être vérifié, mais l'injection colorée va nous être utile pour l'extirpation de la poche de l'abcès guidé que nous serons pour enlever toute fongosité par sa coloration bleue.

L'opération principale sera une arthrodèse extra-articulaire.

1°) Prise d'une cheville totale périostée à la face interne du tibia, suture du périoste et agrafes sur la peau.

2°) Autour de la saillie de l'abcès fessier on décrit une incision arciforme à concavité externe.

L'abcès a été préalablement injecté par du bleu foncé.

L'abcès est tellement superficiel que la séparation de l'aponévrose avec la peau donne une brèche, aussi fait-on une large excision de la paroi superficielle de la poche suivie de curettage de toutes les fongosités infiltrées de bleu.

Il y a des diverticules superficiels suivant le bord supérieur de la crête iliaque, s'insinuant vers la fesse droite et descendant vers la cuisse.

Enfin et surtout, un diverticule profond plonge vers l'arcade de Bouisson confirmant notre diagnostic.

Après large nettoyage et attouchement au mercuro-chrome on libère à la rugine la surface de l'aile iliaque externe qui permet un enchevillement de la sacro-iliaque gauche.

On recoud les muscles et par plusieurs points en X on s'efforce de fermer la communication profonde de l'abcès.

Saupoudrage au Septoplax.

Fermeture de la peau. Fil de lin.

CONCLUSIONS

1°) La très longue évolution de beaucoup d'abcès froids cheminant dans la gaine des muscles et dont l'origine osseuse ou articulaire n'a été décelée que de nombreux mois et souvent des années plus tard, d'une part.

Le fait que dans une service opératoire de tuberculose ostéo-articulaire de plus de mille malades en permanence, on n'a pas trouvé en vingt ans une seule observation authentique d'abcès musculaire isolé, d'autre part.

Ces deux ordres de faits nous permettent de considérer comme douteuses et par conséquent sans valeur scientifique les observations d'abcès froids musculaires d'ailleurs très rares jusqu'alors publiées et dont pour un grand nombre les observations s'arrêtent aux suites opératoires immédiates.

2°) Nous précisons bien que dans cette étude nous n'avons en vue que les *abcès froids* proprement dits; les tuberculomes durs, les gommes bacillaires : ces dernières beaucoup plus fréquentes dans le tissu sous-cutané que dans les muscles sont des lésions complètement différentes et qui sont tout à fait hors du cadre de cette étude.

3°) La difficulté souvent rencontrée pour remonter à l'origine osseuse, articulaire ou ganglionnaire de ces abcès musculaires en apparence primitifs a incité notre maître A. RICHARD à s'entourer aussi bien dans l'établissement d'un diagnostic que dans l'exécution d'une technique opératoire correcte de nombreux moyens adjuvants.

4°) Les injections de lipiodol donnent certes des renseignements souvent précieux, mais l'épaisseur même du liquide et l'étroitesse de certains défilés tels que l'arcade de Buisson pour les abcès des sacré-iliaques rendent souvent ce moyen de diagnostic inefficace, l'injection lipiodolée s'arrêtant avant d'avoir atteint le foyer originel.

5°) La fluidité du liquide et surtout l'imprégnation colorée d'une paroi d'une poche donnent un avantage important à la pratique des injections de solution de bleu de méthylène foncé. Il faudra pour en obtenir le rendement profitable la pratiquer plusieurs heures avant l'intervention, faire prendre au malade les différentes positions pour favoriser la diffusion du liquide (décubitus latéraux, tête déclive, etc.), et au besoin par des pressions prudentes et répétées sur la poche principale de l'abcès chasser le liquide dans les parties rétrécies.

Vu

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :

BROCQ

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ALIX. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive des muscles striés. (Thèse Montpellier 1907).
- ARLON. — Un cas de grand kyste tuberculeux musculaire du triceps brachial. (Revue de la Société anatomique 1906).
- BENOIST. — Voir à Courboules.
- BOUDET. — Deux cas de tuberculose musculaire. (Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris 1907).
- BOUCHARD, MARILLON, BENOIST. — Tuberculose des muscles de la face externe de la cuisse droite paraissant primitive et guérie chirurgicalement. (Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie, 1903).
- COHEN et LAFARGE. — Tuberculose musculaire hémotogène non suppurée. (Journal de Médecine de Bordeaux, 1900, page 645).
- DEMET, WOLFF et LARON. — Trois cas de tuberculose musculaire à forme tumorale. (Communication à la Société Anatomique, 1941 — Presse Médicale du 18 décembre 1941).
- DELORME. — Myosite tuberculeuse. (Congrès de Chirurgie, 1891).
- EMERY. — Thèse (1890).
- GIACCHIO A. — L'introduzione del biei di metilene nella lebbra a scopo terapeutico e diagnostico. (Dermosifilografio 10 : 664, 698, Novembre 1933).
- GUINARD et DUBOIS. — Deux cas de tuberculose musculaire. (Gaz. Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1899).
- HUNTER H. — Au sujet de la clinique de la tuberculose musculaire hémotogène. (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie, avril 1933).
- ISIDORE. — Voir à Cuche.
- KOHN. — Sur la tuberculose musculaire primitive. (Arch. f. Klin. Chir., mai 1935, 182, 273-275).

- KIRMISSON. — Myosite tuberculeuse à foyers multiples chez un enfant de dix ans. (*Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris*, 1907).
- KUSHIZAKI et SAITO. — Sur la tuberculose primitive des muscles (*Brun's B. zur Klin. Chir.*, 2 mars 1937).
- LAFFARGUE. — Voir à COURTIN.
- LANTZ et DE QUERVAIN. — In traité d'histologie Cornil et Ranvier (article « Muscle » par G. Durante).
- LEJARS et LECLERC. — Tuberculose musculaire primitive à foyers multiples (*Semaine Médicale*, 1904).
- LENORMAND. — In Pergola (Thèse Paris, 1935).
- MANDILLON. — Voir COURBOULES.
- MARCHAND. — Über Tuberkuloser der Koepermuskeln (1878 Arch.).
- MARKIANOS et JANNULIS. — Methylenblau als diagnostisches Mittel bei Lepra in der Oto-rhino-laryngologie (*Monatschr. f. Ohren* 70, 453-454, avril 1936).
- MAURANO. — O azul de metileno como revelador de lesões « inoparentes » na chamada lepra difusa (*Rev. Brasil de leprol* — numéro spécial 7: 159-163, 1939).
- MENARD. — Etude pratique du Mal de Pott.
— Etude sur la coxalgie.
- MILCH. — La soi-disant tuberculose des muscles (*Rev. tuberc.* 1939. 39 n° 5, 557-586).
- MONTAGNE. — La tuberculose primitive du mollet (Thèse Lyon 1933-34).
- MORESTIN. — Abscès tuberculeux du grand pectoral. (*Bull. de la Société anatomique* 1896).
- MULLER. — Über Muskeltuberkulose. (*Brun's Beitr. z., Klin. Chir.* 1886).
- NICASTRO. — Le diagnosi precoce della lepra. (*Rev. san. siciliana* 25, 2, 7 janv. 1, 1937).
- OGITA. — Trois cas de tuberculose primitive des muscles. (*Zentral. blatt f. Chirurgie*, t. 67, N° 32, 10 août 1940).
- PERGOLA. — Myosites et abcès des muscles (Thèse Paris, 1935).
- PETIT. — Voir à GUINARD.
- PLUMMER, SANES et SMITH. — Tuberculose hématogène des muscles striés. Rapport d'une observation avec envahissement de triceps sural. (*Journal of Bone and Joint surg.*, juillet 1934, vol. 16, N° 3, 531).

- PONCET. — Tuberculose primitive des muscles de l'avant-bras. (*Lyon-Médical* 1905).
- PRUSSIA. — Sur un cas de granulose tuberculeuse à type pseudo-néoplasique de la paroi musculaire de l'abdomen. (*Policlin. Sez. prat.* 1931, fasc. 38, 1227).
- QUERVAIN. — Voir à LANZ.
- REVERDIN. — Tuberculose musculaire primitive. (*Semaine Médicale*, 1891).
- RICHARD. — Abscess tuberculeux d'origine indéterminée (interventions exploratrices et injections colorées). (*Presse Médicale* N° 100-101, 19 novembre 1941).
- RICHARD. — Observation personnelle.
- ROSTIN. — Thèse Paris 1931.
- RUBIN. — Tuberculose hémotogène chez l'adulte. (*Ann. Rev. Tub.* 1939, 39, N° 5, 557-586).
- SANES. — Voir à Plummer.
- SAITO. — Voir à Kuschizaki.
- SCALFI. — Trois cas de tuberculose hémotogène des muscles de la paroi abdominale. (*La « Clinica »*, mars 1939).
- SMITH. — Voir à Plummer.
- SORREL et Mme SORREL-DEJERINE. — Tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires.
- SORREL et DELAHAYE. — Tuberculose ostéo-articulaires et ganglionnaires.
- SUNDELIN. — Tumeurs multiples disséminées dans les muscles des extrémités et rappelant la tuberculose par leur structure histologique (*Medica Scandinavica, Stockholm*, 1925).
- WERQUIN. — Voir à CUCHE.
- WILMOTH. — In Pergola (Thèse aPris 1935).
- ZANCAN. — Un cas de tuberculose musculaire primitive à forme pseudo-néoplasique. (*Policl.* 1911, 1591-1593).
- ZONDECK. — Zur primar Muskel tuberkulose. (*Med. Wschr. Schift* 1917).

